

Epidemiologia do *distress* psicológico: estudo transversal de base populacional

Epidemiology of psychological distress: a population-based cross-sectional study

Felipe Sparrenberger^a, Iná dos Santos^b e Rosângela da Costa Lima^b

^aDepartamento de Medicina da Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, SC, Brasil.

^bDepartamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Estresse psicológico. Levantamentos epidemiológicos. Condições de vida. Auto-imagem. Prevalência. Fatores socioeconômicos.

Keywords

Stress, psychological. Health surveys. Living conditions. Prevalence. Socioeconomic factors. Self concept.

Resumo

Objetivo

Determinar a prevalência e a distribuição de *distress* na esfera psicológica na população urbana adulta.

Métodos

Foram estudadas 3.942 pessoas maiores de 20 anos, do município de Pelotas, RS. *Distress* foi definido por meio de um indicador de bem-estar, a Escala de Faces, e através da autopercepção de nervosismo. O teste do qui-quadrado foi usado para testar associação com características sociodemográficas.

Resultados

A prevalência de *distress* psicológico foi de 14% quando se utilizou a Escala de Faces e de 31,8% para a autopercepção de nervosismo.

Conclusões

As mulheres, os mais velhos, os mais pobres e os indivíduos de menor escolaridade foram os grupos que apresentaram as prevalências mais altas de *distress* quando comparados a seus pares.

Abstract

Objective

To determine the prevalence and distribution of psychological distress in an urban adult population.

Methods

A total of 3,942 individuals over 20 years old in the city of Pelotas, Brazil, were studied. Psychological distress was defined using an indicator of well-being, the Faces Scale, and self-perception of nervousness. Chi-square test was performed to assess the association with sociodemographics.

Results

Prevalence of psychological distress was 14% when using the Faces Scale and 31.8% through self-perception of nervousness.

Conclusions

Older, poor, and lower education women groups were the ones that showed a higher prevalence of distress.

Correspondência para/ Correspondence to:

Felipe Sparrenberger
Rua General Arthur Koehler, 363 apto 12
89012-580 Blumenau, SC, Brasil
E-mail: sparrenb@furb.br

Trabalho baseado na dissertação de mestrado apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, em 2002.

Recebido em 17/5/2002. Reapresentado em 5/2/2003. Aprovado em 17/3/2003.

INTRODUÇÃO

A idéia de *distress* está muito ligada à evolução do conceito de estresse. Os diferentes fatores estressantes poderiam induzir formas benéficas e/ou danosas de estresse (*eustress* e *distress*, respectivamente). A incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes desgasta o indivíduo, levando a uma ruptura do bem-estar individual, o que constituiria o *distress*.⁴

O estresse é conceitualmente entendido como um processo complexo e multidimensional,⁹ em que atuam estressores agudos ou crônicos dos seguintes tipos: ambientais (no trabalho, em casa ou na vizinhança, por exemplo), eventos maiores (como mudança de domicílio, morte ou doença em familiar, separação conjugal e desemprego), trauma (por exemplo, participar de um combate, ser vítima ou presenciar crime violento ou acidente de trânsito e estar envolvido em desastres naturais ou industriais) e abuso ou negligência na infância e na velhice. Tais estressores são percebidos pelo indivíduo como ameaça, necessidade de ajuda ou alerta, o que dá início a uma resposta, visando a adaptar-se à situação. A adaptação, neste contexto, é entendida como processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, os sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos do indivíduo mudam continuamente para se ajustar a um ambiente em contínua transformação.¹¹

Na esfera orgânica, esta resposta envolve a liberação de mediadores, entre eles o cortisol e as catecolaminas, além da desidroepiandrosterona (DHEA), da prolactina, do hormônio do crescimento, das citocinas e muitos outros. Estes mediadores hormonais têm um efeito fisiológico distinto e mensurável em cada um dos sistemas orgânicos, inclusive no sistema psíquico.⁹ Evidência epidemiológica dessa resposta foi observada em um estudo transversal com pessoas que trabalhavam em missões de salvamento na Suécia, quando escores elevados no General Health Questionnaire (GHQ) correlacionaram-se positivamente com níveis de cortisol salivar noturno.¹ Também um estudo israelense mostrou que o cortisol livre na urina de 24 horas aumentou, em relação aos controles, cerca de 4,5 vezes nos neonatos que apresentam sofrimento respiratório.¹⁵

Na esfera psicológica, o resultado da resposta ao estresse – ou, mais apropriadamente, de seu aspecto negativo (*distress*) – dependerá de diferenças individuais, sociais e de classe, bem como de características culturais e padrões adaptativos de comportamento.^{5,9}

O atual estudo teve como objetivo determinar a

prevalência e a distribuição do *distress*, medido na esfera psicológica por meio de três variáveis (um instrumento simplificado de bem-estar e duas questões de autopercepção de nervosismo) em população urbana adulta.

MÉTODOS

O delineamento utilizado foi de um estudo transversal de base populacional. O trabalho de campo foi realizado no último trimestre de 1999, entre a população de mais de 20 anos, residente na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

Foi calculada uma amostra de 380 pessoas para detectar uma prevalência de *distress* de 45%, com uma precisão de 5% e alfa igual a 0,05. Este número foi acrescido de 10% para eventuais perdas e recusas, e de 50% prevendo o efeito de delineamento que pode ocorrer na amostragem sistemática e por conglomerado. Seria necessário, portanto, entrevistar 627 adultos ou os moradores de 273 domicílios (estimando-se 2,3 adultos em cada domicílio).

Uma vez que o estudo foi conduzido sob a forma de consórcio com outros pesquisadores que requeriam uma amostra maior, esta foi expandida para 2.112 domicílios, o que aumentou o poder e a precisão da pesquisa.

Para a seleção da amostra, utilizou-se um processo sistemático por conglomerados. Foram sorteados 48 setores censitários na região urbana do município. Em cada um desses setores foi sorteado um quarteirão e, nele, a esquina para iniciar o estudo. O primeiro domicílio considerado foi aquele situado imediatamente à esquerda da casa de esquina. Depois de realizada uma entrevista, sistematicamente saltavam-se duas casas antes da próxima até que fosse completado um total de 44 casas. Em cada uma destas casas, todos os moradores com mais de 20 anos eram entrevistados. Foram excluídos visitantes, moradores temporários, empregados domésticos e pessoas com deficiência mental.

Ao todo, 3.942 indivíduos foram incluídos. Destes, 6,4% recusaram-se a participar ou não foram localizados após três revisitas. Utilizaram-se questionários padronizados e pré-codificados, aplicados por 48 entrevistadoras de nível secundário ou superior, previamente submetidas a treinamento e participação em estudo piloto. Para o controle de qualidade do trabalho, foram revisitadas pelos supervisores 5% das residências selecionadas ao acaso.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram:

idade, escolaridade, renda, cor da pele e sexo.

A variável *distress* foi levantada por meio de três questionamentos. Utilizou-se a Escala de Faces, uma escala intervalar de sete pontos, composta por faces estilizadas, e que se referia ao estado que predominou no ano anterior à entrevista. Cada figura consiste de um círculo com olhos que não mudam, e uma boca que varia desde um sorriso de quase meio-círculo até um outro meio-círculo semelhante voltado para baixo, que remete ao sentimento de tristeza.⁸ A resposta foi considerada positiva nos três estados mais negativos. Foram feitas, ainda, mais duas perguntas: “*Você se considera uma pessoa nervosa?*” e “*Você acha que as outras pessoas o consideram uma pessoa nervosa?*”. Estas questões foram tratadas como escalas ordinais de três pontos: não, às vezes, sim. A resposta foi considerada positiva apenas em caso de resposta afirmativa.

Para a entrada dos dados e checagem da consistência, foi utilizado o pacote Epi-Info. A análise foi descritiva e as associações foram testadas por qui-quadrado ou por tendência linear, por meio do pacote estatístico Stata 6.0.

Após descrita a amostra estudada, calculou-se a prevalência de *distress* na população geral e analisou-se sua distribuição de acordo com algumas características sociodemográficas.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra estudada. A média de idade foi 43,9 anos (DP=15,8 anos), sendo que 67,1% dos entrevistados tinha menos de 50 anos. A maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (57,4%) e de cor branca (80,5%). A mediana da renda familiar foi de

4,4 salários-mínimos, sendo que um quinto dos entrevistados (20,3%) pertencia a famílias cuja renda total, no mês anterior à entrevista, foi menor do que dois salários-mínimos. A proporção de pessoas sem nenhuma instrução formal foi de 8,1%, enquanto 17% haviam cursado doze anos ou mais de escola.

A prevalência de *distress* variou conforme o instrumento. A prevalência foi menor quando se utilizou a Escala de Faces (14% versus 31,8% para autopercepção de nervosismo e 33,2% para autopercepção de “outros o acharem nervoso”) (Figura). Nos três instrumentos, 252 pessoas foram positivas.

O sexo feminino associou-se significativamente com a maior prevalência de *distress*, independentemente do instrumento utilizado. Assim, de acordo com a Escala de Faces, com a autopercepção de “nervosismo” e com a autopercepção de “outros o acharem nervoso”, a prevalência no sexo feminino foi de, respectivamente, 17,3%, 37,8% e 36,5% contra 9,7%, 23,8% e 28,7% entre os homens (Tabela 2). A cor da pele associou-se positivamente com *distress* apenas quando se utilizou a Escala de Faces, sendo maior

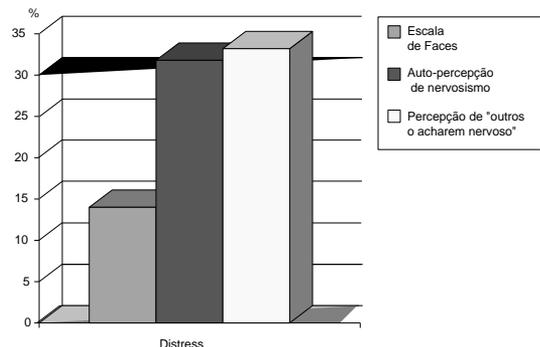


Figura - Prevalência de *distress* de acordo com o instrumento utilizado.

Tabela 1 - Descrição da amostra. (N=3.942)

Característica	N	%	
Idade (anos)	20-29	922	23,4
	30-39	853	21,6
	40-49	872	22,1
	50-59	598	15,2
	≥60	697	17,7
Cor	Branco	3.175	80,5
	Não Branco	767	19,5
Sexo	Feminino	2.264	57,4
	Masculino	1.678	42,5
Renda Familiar* (SM)	<2	788	20,3
	2-4	982	25,4
	4,1-6	658	17,0
	>6	1.446	37,3
	0	320	8,1
Escolaridade* (anos completos)	1-4	861	21,9
	5-8	1.273	32,6
	9-11	797	20,3
	≥12	670	17,0

SM: salário-mínimo à época do estudo (R\$ 136,00 equivalentes a US\$ 70,00)

*Houve perda de informação, não totalizando 3.942.

entre os não-brancos (18,9% contra 12,8%; $p < 0,001$).

De acordo com a Escala de Faces, a prevalência de *distress* associou-se significativamente com todas as variáveis sociodemográficas estudadas. Observou-se tendência linear entre a ocorrência de *distress* e a idade, a renda familiar e a escolaridade, sendo as duas últimas associações inversas. Assim, quanto maior a idade, maior a prevalência de *distress* observada (p para tendência linear $< 0,001$). Entre os mais jovens, apenas 9,6% apontaram para as faces 5, 6 ou 7; já entre os mais velhos, esta proporção foi cerca de duas vezes maior (18,3%).

Observou-se também que, quanto menor a renda familiar, maior a prevalência de *distress* (21% entre aqueles com renda inferior a dois salários-mínimos versus 9,1% entre os que tinham renda maior do que seis salários; p para tendência linear $< 0,001$). Com relação à escolaridade, 27,6% dos indivíduos sem escolaridade formal, contra 6,6% daqueles com doze anos ou mais de estudo, apresentaram resultado positivo na Escala de Faces.

Tendências semelhantes foram detectadas quando se avaliou o desfecho de acordo com a autopercepção de nervosismo, tanto individual quanto externa, sendo ambas mais freqüentes entre as mulheres, os mais velhos, os de menor renda e os de menor escolaridade. Comparativamente à Escala de Faces, a proporção de mulheres com respostas positivas para autopercepção de nervosismo foi cerca de duas vezes maior (17,3% versus 37,8%). O mesmo observou-se quando se comparou a prevalência de “outros o acharem nervoso” (36,5% de respostas afirmativas entre as mulheres).

Entre os mais jovens (20-39 anos), a prevalência de autopercepção de ser nervoso foi cerca de três vezes maior do que a prevalência de *distress* de acordo com a Escala de Faces. Entre os mais velhos, respostas positivas foram cerca de duas vezes mais freqüentes com a autopercepção de nervosismo do que com a Escala de Faces.

Para todos os grupos de renda, a prevalência de respostas afirmativas à autopercepção de nervosismo foi cerca de duas vezes maior do que a positividade à Escala de Faces. Resultados semelhantes foram observados com relação à escolaridade, exceto para o grupo com 9-11 anos de educação formal, cujas respostas afirmativas foram cerca de três a quatro vezes mais freqüentes às perguntas de “sentir-se nervoso” do que à Escala de Faces.

DISCUSSÃO

As mulheres, os mais velhos, os mais pobres e os indivíduos de menor escolaridade foram os que apresentaram as prevalências mais altas em comparação a seus pares. Tais achados são condizentes com os resultados de outros dois estudos,^{5,14} realizados em amostras da mesma população, que buscaram um elemento mais específico de *distress*: a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores.

Os dois estudos usaram o SRQ-20 (*Psychiatric Screaming Questionnaire*, questionário de tipo estruturado validado no Brasil para a genérica categoria de distúrbios psiquiátricos menores)⁷ e também mostraram uma relação desfavorável para dano de natureza psicológica em mulheres, pobres e menos esco-

Tabela 2 - Prevalência de *distress* de acordo com o instrumento e sintomas auto-relatados individuais.

Característica		Escala de faces (N=546) (%)	Auto-percepção (N=1.253) (%)	Percepção externa (N=1.284) (%)
Idade (anos)		$p^* < 0,001$	$p^* = 0,01$	$p^* < 0,001$
	20-29	9,6	28,6	31,7
	30-39	10,3	31,3	31,1
	40-49	15,6	32,1	35,8
	50-59	19,3	35,7	37,1
	≥60	18,3	33,1	31,2
Cor		$p < 0,001$	$p = 0,50$	$p = 0,98$
	Branco	12,8	31,6	33,2
	Não branco	18,9	32,9	33,2
Sexo		$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	Feminino	17,3	37,8	36,5
	Masculino	9,7	23,8	28,7
Renda familiar (SM)		$p^* < 0,001$	$p^* < 0,001$	$p^* < 0,001$
	<2	21,0	36,5	35,4
	2-4	16,8	37,1	37,8
	4,1-6	13,2	33,4	34,8
	>6	9,1	25,7	28,6
Escolaridade (anos completos)		$p^* < 0,001$	$p^* < 0,001$	$p^* < 0,001$
	0	27,6	41,4	36,6
	1-4	19,6	37,9	38,9
	5-8	14,6	33,2	35,4
	9-11	8,2	28,9	31,9
	≥12	6,6	20,2	21,5

*Tendência linear.

larizados. No primeiro deles, renda familiar e educação foram ajustadas para sexo e idade sem mudanças significativas nos riscos relativos, sugerindo que o efeito dessas variáveis socioeconômicas não é simplesmente o resultado de distribuições diferenciais em idade e sexo. O efeito permanece mesmo após renda familiar e educação terem sido ajustadas para idade e sexo. O segundo estudo não encontrou associação significativa com a idade, o que talvez se deva ao fato de não terem sido incluídos no estudo indivíduos com mais de 50 anos. Já um estudo longitudinal,¹⁰ que usou um instrumento visual simples de bem-estar e incluiu indivíduos de 46 a 70 anos, não encontrou deterioração na satisfação com a vida (em geral) no envelhecimento. Esse citado estudo, porém, foi desenvolvido na distinta realidade norte-americana.

Estudo transversal de base populacional em Atenas também mostrou desvantagem para o sexo feminino, caracterizado por relatar mais sintomas de *distress* inespecífico.³

Da mesma forma, estudos em epidemiologia de serviços têm mostrado que mulheres demandam mais cuidados de saúde e que o ordenamento social está associado com gradientes de doença, aumentando a morbidade e a mortalidade à medida que se descende na escala social.¹³ Da mesma forma, estudos em sociedades de animais têm mostrado maiores desgastes fisiológicos, como dano cognitivo e aterosclerose, entre aqueles indivíduos, dentro de uma espécie, desfavorecidos na luta pela sobrevivência.⁹

Algumas limitações metodológicas do presente estudo devem ser apontadas. A primeira reside na dificuldade de definir o desfecho *distress*. Não existe uma definição prática para ele, assim como não existe uma definição de “saúde” ou de “normalidade”.

A Escala de Faces, utilizada para medir *distress*, não teve a sua validade nem a sua repetibilidade testadas no Brasil.⁸ As escalas visuais, no entanto, registram sentimentos inspirados pela experiência diária e garantem que todos os indivíduos percebam o mesmo estímulo visual, permitindo comparações intra-indivíduos ao longo do tempo.⁸ A aplicação da Escala de Faces é simples e útil para estudos comunitários porque utiliza uma linguagem não-verbal – compreensível, portanto, em qualquer contexto cultural.⁸ De

qualquer forma, instrumentos para medir bem-estar (escalas visuais, por exemplo) fornecem apenas indicações gerais de *distress*. Analogamente ao termômetro clínico, escores elevados informam que algo está mal, sem especificar exatamente a origem.²

As questões a respeito do sintoma “nervosismo” tratam de medidas de saúde provenientes de questionários estruturados. A preocupação com o “estado nervoso” esteve presente em diversos instrumentos desenvolvidos para medir o bem-estar citado. Naquelas que utilizam subescalas para representar sentimentos, negativos ou positivos, “nervosismo” é associado com ausência de bem-estar. Não há, no entanto, nenhuma conclusão definitiva sobre o significado da sua positividade isoladamente.⁸

Outra potencial limitação do estudo refere-se à possibilidade de viés de informação do desfecho, uma vez que os entrevistados eram interrogados quanto ao estado que predominou no período de um ano anterior à entrevista. Afinal, é possível que o sentimento no momento da entrevista seja referido como se fosse o predominante no último ano. É possível, também, que a memória de experiências que resultaram em bem-estar ou mal-estar sejam evocadas com maior ou menor facilidade por diferentes indivíduos. O efeito desses potenciais vieses de informação sobre as prevalências detectadas, portanto, não pode ser adequadamente estimado.

De acordo com um membro do comitê que fez a revisão da categoria diagnóstica “Fatores Psicológicos Afetando Condições Físicas”, para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), é possível afirmar que, embora seja complexa a verificação das associações precisas, fatores psicológicos afetam o início, o curso e o tratamento da maioria das condições médicas. O ponto crítico da agenda de pesquisas para a próxima década estaria, portanto, no desenvolvimento de intervenções preventivas que se ocupem da detecção precoce e oportuna de sintomas emocionais e de recuperação psicológica de doenças físicas.¹²

No Brasil, a pesquisa sobre o estresse está apenas despontando.⁶ Outros estudos que acrescentem informações sobre a dimensão real do problema do *distress* precisam ser desenvolvidos, para que possam ser implementadas ações específicas no âmbito da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Aardal-Eriksson E, Eriksson TE, Holm A, Lundin T. Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiatry* 1999;46:850-5.
2. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1229-36.

3. Gournas G, Madianos MG, Stefanis CN. Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly urban population in Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 1992;242:127-34.
4. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Introdução à medicina preventiva. In: Jekel JF, Elmore JG, Katz DL, editores. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 203-9.
5. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:211-22.
6. Lipp MEN. Stress: conceitos básicos. In: Lipp MEN, editor. *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus; 1996. p. 17-31.
7. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
8. McDowell I, Newell C, editors. Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires. In: *Psychological well-being*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 177-236.
9. McEwen BS, Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:30-47.
10. Palmore E, Kivett V. Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. *J Gerontology* 1977;32:311-6.
11. Stedman TL. *Dicionário médico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979.
12. Stoudemire A, editor. *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 185-9.
13. Tanaka OY, Resenburg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de São Paulo, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1990;24:60-8.
14. Ustároz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1997.
15. Zadik Z, Amer R, Dolfin Z, I. Arnon S, Cohen D, Mogilner B et al. Urinary free cortisol (UFC) values in newborns under stress. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12:543-7.