

Sofrimento psicológico na população portuguesa em 2004 e 2014: resultados do estudo ECOS

Joana Santos, Ana João Santos, Carlos Matias Dias

joana.santos@insa.min-saude.pt

Departamento de Epidemiologia, INSA.

Introdução

Na área da saúde mental são extremos de um espectro contínuo duas dimensões: uma positiva, geralmente denominada de bem-estar psicológico e uma negativa, denominada de sofrimento psicológico (1). O *distress*, ou sofrimento psicológico é definido como uma “síndrome não específica que incorpora sentimentos de ansiedade, depressão, problemas cognitivos, irritabilidade, raiva e comportamentos obsessivo-compulsivos em resultado de adversidades ao longo da vida” (1), entre outros fatores e que não remete necessariamente para um diagnóstico clínico.

A Saúde Mental é influenciada por vários fatores, nomeadamente individuais, como o género e a idade, determinantes socioeconómicos, como o rendimento económico, o grau de escolaridade ou a ocupação e determinantes contextuais (2).

A multidimensionalidade e subjetividade deste conceito tornam a avaliação da saúde mental em epidemiologia uma tarefa complexa. Entre os vários instrumentos desenvolvidos para o efeito, a versão reduzida do *Mental Health Inventory* (MHI-5), já validada para a população portuguesa, é considerado adequado para investigação e rastreio (3). O presente trabalho visa estudar o sofrimento psicológico na população portuguesa em dois momentos diferentes utilizando dados gerados pela amostra de famílias ECOS (4).

Objetivo

Calcular e comparar a frequência e distribuição de um indicador de sofrimento psicológico (MHI-5) em dois anos: 2004 e 2014.

Materiais e métodos

Os dados foram recolhidos no âmbito do estudo ECOS - Em Casa Observamos Saúde. Desenvolvido pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) desde 1998, ECOS é um inquérito realizado anualmente a um painel de famílias portuguesas. A amostra aleatória é constituída por aproximadamente 1000 Unidades de Alojamento (UA), contactáveis por telefone fixo ou móvel, estratificada por Região (NUTS II divisão de 2002) do Continente, com alocação homogénea (4, 5). Os questionários aplicados através de entrevistas telefónicas em 2004 e 2014 incluíram a avaliação do sofrimento psicológico através do MHI-5.

O MHI-5 é uma escala de autorresposta com cinco itens. Cada item é pontuado numa escala ordinal de 1 a 6, sendo dois itens cotados de forma invertida. A pontuação total de cada indivíduo foi calculada através da fórmula $100 * ((1+2+3+4+5)-5) / 25$ (6), resultando num valor entre 0 e 100. Foi estabelecido um ponto de corte em que 0-52 corresponde a possível sofrimento psicológico e superior a 52 a bem estar psicológico ou “sem sofrimento psicológico” (7). Posteriormente, as variáveis idade, escolaridade e ocupação foram agrupadas tendo-se procedido à análise descritiva dos dados ponderados no *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Para cada um dos anos em análise (2004 e 2014) estratificou-se a prevalência do sofrimento psicológico por sexo, grupo etário, profissão e escolaridade.

Resultados

O total das respostas obtidas, após se retirar os casos omissos, foi de 954 indivíduos em 2004 e de 909 indivíduos em 2014.

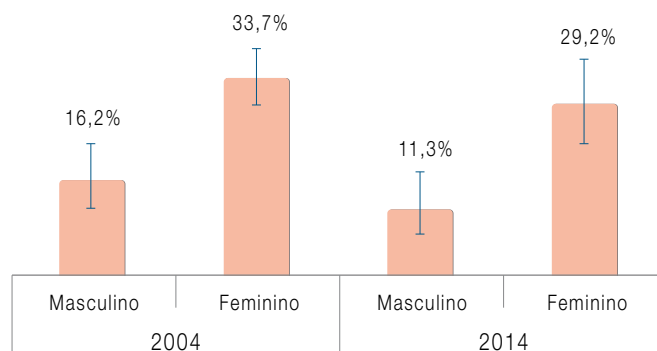
Em 2004, 25,2% da população (IC_{95%} [21.9; 27.0]) estava em provável sofrimento psicológico, comparativamente a 20,3% (IC_{95%} [16.0;25.4]) em 2014. Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa.

artigos breves_ n. 3

Em cada um dos períodos, os grupos populacionais com prevalências de sofrimento psicológico mais elevadas foram: a população feminina (**gráfico 1**), a população com 65 e mais anos, a população com ocupação doméstica ou reformada e a população com menor nível de escolaridade.

A análise de diferenças por estratos de desagregação não revelou, ainda assim, diferenças significativas nem no ano de 2004, nem no ano de 2014, nem entre os dois anos (**quadro 1**).

Gráfico 1: Estimativas populacionais da prevalência de pessoas em provável sofrimento psicológico por sexo e por ano na amostra ECOS.



Quadro 1: Estimativas relativas à ocorrência de casos MHI 5 casos (pontuação de ≤ 52) por sexo, grupo etário, ocupação e nível de escolaridade, em 2004 e 2014.

| | 2004 n=954 | | 2014 n=909 | |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | Amostra ponderada | | Amostra ponderada | |
| | % | IC ₉₅ % | % | IC ₉₅ % |
| SEXO | | | | |
| Masculino | 16,2 | (11,5;22,3) | 11,3 | (7,2;17,4) |
| Feminino | 33,7 | (29,2;38,6) | 29,2 | (22,6;36,7) |
| GRUPO ETÁRIO | | | | |
| 18-34 | 17,1 | (10,8;26,3) | 7,6 | (3,5;18,3) |
| 35-64 | 24,8 | (20,8;29,7) | 23,9 | (18,8;29,8) |
| >=65 | 40,3 | (34,2;47,0) | 28,3 | (17,7;40,3) |
| NÍVEL ESCOLARIDADE | | | | |
| Ensino Básico (1º-4º ano) | 39,9 | (34,7;45,2) | 33 | (22,4;45,6) |
| Ensino Preparatório e Secundário (5º-12ºano) | 18,0 | (10,7;28,7) | 17,1 | (11,8;24,1) |
| Ensino Superior | 18,7 | (10,9;30,2) | 18,3 | (11,2;28,4) |
| OCUPAÇÃO | | | | |
| Profissionalmente Ativo e estudante | 18,9 | (14,5;24,2) | 14,6 | (10,3;20,3) |
| Doméstico e reformado | 37,7 | (32,6;41,1) | 31,9 | (22,9;42,5) |
| Desempregado | 24,8 | (12,9;42,3) | 19,8 | (9,8;36,1) |

_Discussão

As taxas de prevalência do sofrimento psicológico observadas em 2004 (25,2%) e em 2014 (20,3%) vão ao encontro de outros estudos referentes à população portuguesa. Dados do Eurobarómetro (7) de 2003 apontavam para uma prevalência de sofrimento psicológico na população portuguesa de 29,8% em 2003, e o Inquérito Nacional de Saúde para 27,6% em 2005/2006 (8).

Também os resultados agora obtidos por estratificação são semelhantes ao Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, sendo o número de pessoas classificadas como em sofrimento psicológico mais elevado nas mulheres, acima dos 55 anos e com níveis mais baixos de escolaridade.

Apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas, os resultados revelam uma maior frequência pontual de sofrimento psicológico em determinados grupos da população. Este facto não exclui a ausência de impacto do contexto sociocultural e económico na saúde mental da população portuguesa. Considerando potenciais viés de seleção como a capacidade financeira para manter o acesso a telefone fixo ou móvel, bem como a disponibilidade em participar, mais limitada junto de pessoas em sofrimento psicológico, será necessária investigação adicional.

A importância de um sistema de saúde pública com foco na prevenção da doença e promoção da saúde ressalva a necessidade de medidas que diferenciem níveis de saúde mental para lá do diagnóstico de patologia mental. A prevenção da evolução de indivíduos não doentes para quadros psicopatológicos ou disfuncionais, bem como a avaliação da saúde como um todo são duas razões que tornam as medidas de rastreio do sofrimento psicológico, na população em geral, essenciais.

Referências bibliográficas:

- (1) Korkeila J. Measuring aspects of mental health. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/1998_frep_11_a_en.pdf
- (2) World Health Organization. Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Geneva: WHO, 2012. www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
- (3) Ribeiro JL. Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001; 2(1):77-99. <http://hdl.handle.net/10400.12/1039>
- (4) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde: descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: INSA. ONSA, 2010. www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/proj_ecos_ecptos_onsa.pdf
- (5) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003. <http://hdl.handle.net/10400.18/2406>
- (6) Theunissen MJ, Jansen M, van Gestel A. Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. *BMC Res Notes*. 2011;4:100. www.biomedcentral.com/1756-0500/4/100
- (7) European Opinion Research Group. The mental health status of the european population, Brussels: European Commission, 2003. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
- (8) Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INSA/INE, 2009. www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf