

Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar

BRUNO GONÇALVES*, TERESA FAGULHA**

RESUMO

Objectivos: Obter uma estimativa da prevalência de perturbações depressivas entre os utentes com 35 a 65 anos que recorrem aos serviços de Cuidados de Saúde Primários; estudar a validade da versão portuguesa da CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); estudar os factores que podem dificultar o diagnóstico de depressão pelo clínico geral.

Tipo de Estudo: observacional, descritivo, transversal.

Local: Centro de Saúde de Cascais.

População: Utentes com 35-65 anos que recorrem à consulta.

Métodos: Entre Abril e Junho de 2000 foi recolhida uma amostra de 260 utentes da faixa etária definida que tinham recorrido à consulta no Centro de Saúde. O médico indicou, para cada caso, os problemas de saúde activos. Cada um desses utentes respondeu, em seguida, à escala de depressão (CES-D), e, os que aceitaram (N=179), participaram numa entrevista estruturada conduzida por um psicólogo e visando avaliar a eventual presença duma perturbação depressiva segundo os critérios do DSM-IV.

Resultados: Verificou-se que 13% dos utentes satisfaziam os critérios para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Major e, globalmente, 33% apresentavam alguma forma de perturbação depressiva. O clínico geral indicou a presença de problemas depressivos apenas em 36% destes casos (ou 46% dos que satisfaziam os critérios para Episódio Depressivo Major). O facto dos sujeitos apresentarem outros problemas de saúde e não apresentarem espontaneamente queixas de tipo depressivo parece ser o factor que mais contribui para a dificuldade de diagnóstico.

Palavras-Chave: Depressão; Medicina Geral e Familiar; Diagnóstico; Escala de Depressão.

Major, da Perturbação Distímica ou da Perturbação Bipolar quando se comparam vários países ou mesmo várias regiões no mesmo país¹. À falta de dados específicos sobre Portugal, são muitas vezes referidos os dados obtidos nos USA, que, mesmo assim, apresentam variações importantes de região para região e de estudo para estudo. Mais do que os valores absolutos, interessam aqui valores relativos e indicações sobre a ordem de grandeza. Considerando a prevalência num determinado momento, o DSM-IV, resumindo várias investigações, indica valores de 2 a 3% para os homens e de 5 a 9% para as mulheres para a Depressão Major. Quanto à Perturbação Distímica, a prevalência pontual seria de cerca de 3% para o conjunto da população, com uma probabilidade de ocorrência 2 a 3 vezes superior nas mulheres relativamente aos homens. Os valores para a Depressão Bipolar são bastante menores (à volta de 1%)².

Sabe-se que um grande número destas perturbações depressivas são tratadas pelo clínico geral. Mais uma vez não dispomos de dados relativos a Portugal. Mas estudos noutros países sugerem que o número de pacientes com patologia depressiva atendidos nos serviços de saúde primária poderá ser até dez vezes superior aos tratados em psi-

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das formas de perturbação mental mais frequente, se não a mais frequente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, está a tornar-se num dos principais problemas de saúde no mundo desenvolvido.

Os resultados dos estudos epidemiológicos revelam uma certa concordância global mas também diferenças importantes na prevalência da Depressão

*Professor Associado
**Professora Associada
Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da
Universidade de Lisboa

quiatria³ e que entre 6% a 10% de todos os pacientes que recorrem ao médico de clínica geral apresentam um síndrome de Depressão *Major*. Esta percentagem aumenta para mais de 20% se se incluírem os casos que apresentam um número de sintomas de depressão clinicamente significativo embora eventualmente não preencham todos os critérios para o diagnóstico de Depressão *Major*⁴. Segundo outras estimativas⁵, este valor pode atingir 36% e alguns autores referem mesmo percentagens superiores a 50%⁶.

O primeiro problema que levantam estes casos é um problema de diagnóstico. Estima-se que a proporção entre os casos de *morbilidade escondida* (isto é, perturbação psiquiátrica não reconhecida pelo médico) e os casos de *morbilidade evidente* (reconhecida pelo médico) poderá ser de 2:1. Isto é, o clínico geral «falhariá» o diagnóstico de depressão em 50% dos casos^{4,7}.

Uma das razões desta dificuldade de diagnóstico pode ser o facto dos sintomas somáticos «esconderem» a depressão. Isto é: alguns sujeitos que sofrem de depressão tendem a apresentar apenas sintomas somáticos, só vindo eventualmente a manifestar queixas depressivas quando especificamente interrogados. É o que se chama «depressão mascarada». Num estudo feito em Portugal sobre os sintomas somáticos da depressão⁸ verificou-se que 75% dos doentes deprimidos estudados tinham inicialmente consultado o médico com queixas da esfera somática. Apenas 25% do total iniciaram nesse momento uma terapêutica antidepressiva, enquanto 40% foram medicados com ansiolíticos. Em 33% dos casos só após um ano foi iniciado o tratamento antidepressivo.

Numa perspectiva diferente, existem hoje muitos estudos que procuram esclarecer a relação da depressão com vários sintomas somáticos. É o caso, por exemplo, da relação entre depressão e

dores músculo-esqueléticas. Verificou-se que existe uma associação entre queixas de dores crónicas nos músculos e nas articulações e depressão, embora seja por vezes difícil definir uma relação causal unidireccional⁹.

De qualquer modo, o problema da relação entre doença orgânica e depressão é complexo. Com efeito, se é verdade que a sintomatologia orgânica pode mascarar uma depressão, a inversa também é verdadeira. Ou seja: a depressão pode ser uma consequência duma doença somática e levar a erros de diagnóstico igualmente graves embora de sentido contrário. Além disso, depressão e doença somática podem co-existir sem que se possa definir claramente a existência e o sentido duma eventual relação de dependência causal.

A presente investigação teve como objectivo principal avaliar a prevalência de estados depressivos nos utentes com idades compreendidas entre 35 e 65 anos que recorrem aos serviços de Cuidados de Saúde Primários. Secundariamente, pretendeu-se validar uma escala de depressão traduzida pelos autores (a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D*¹⁰) e estudar as características dos casos que levantam mais dificuldades de diagnóstico ao clínico geral.

Em função dos objectivos, procurou-se avaliar o estado depressivo presente mais do que estabelecer um diagnóstico nosológico preciso. Utilizaram-se os critérios definidos pelo DSM-IV para Episódio Depressivo *Major*, Perturbação Distímica e Episódio Depressivo *Minor*.

Tendo em conta as indicações sobre prevalência já referidas, deve observar-se que, para quem não trabalha em meio psiquiátrico, a Depressão *Major* e a Perturbação Distímica (que corresponde, *grosso modo*, ao que outros autores chamam «depressão crónica») constituem as duas entidades nosológicas de maior interesse neste campo. Aliás, estes dois diagnósticos não se ex-

cluem um ao outro. Ou melhor, é frequente que um sujeito que sofre de uma Perturbação Distímica venha a sofrer de uma Depressão *Major*. Assim, pelo menos alguns casos de Distímia podem ser considerados como uma fase inicial de uma Depressão *Major* enquanto outros corresponderão a uma Depressão *Major* não totalmente resolvida¹. De notar que, neste último caso, quando se pode estabelecer que uma Perturbação Distímica teve o seu início com um Episódio Depressivo *Major*, o diagnóstico correcto, segundo o DSM-IV, será Perturbação Depressiva *Major* em Remissão Parcial.

A escolha da faixa etária dos 35-65 anos como população alvo decorreu do enquadramento deste estudo numa linha de investigação desenvolvida pelos autores em colaboração com o Centro de Saúde de Cascais e visando o estudo da depressão na meia-idade. De qualquer modo é a faixa etária em que se inserem cerca de 40 % dos utentes que recorrem à consulta neste Centro de Saúde.

Procurou-se que este trabalho se desenvolvesse em articulação directa com os problemas da prática clínica. Na fase inicial, todos os médicos foram informados sobre os objectivos da investigação e convidados a colaborar. No decorrer do processo, as informações clinicamente relevantes recolhidas sobre cada caso foram transmitidas ao médico responsável. Na fase final, os resultados gerais obtidos foram comunicados e discutidos no quadro de uma acção de formação aberta a todos os médicos e enfermeiros.

MÉTODOS

Dum total de 23 médicos trabalhando no Centro, cinco aceitaram colaborar no estudo. Durante um período de três meses (entre Abril e Junho de 2000), em dias predeterminados, os utentes que

tiveram consulta com estes médicos e que se situavam na faixa etária definida foram convidados a participar numa curta entrevista individual com um psicólogo. Foi assim recolhida uma amostra de 260 sujeitos. O médico indicou, para cada caso, as queixas principais ou os sintomas mais valorizados pelo utente e o diagnóstico quanto aos problemas de saúde activos, utilizando uma grelha com 17 grandes classes (correspondentes aos capítulos da ICPC 2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários). Quando o médico considerava que existiam problemas psicológicos, pedia-se que especificasse o tipo de problemas: depressivos, de ansiedade, ou outros. Estas indicações eram anotadas no fim da consulta, prevenindo-se que não ocupassem mais de 2-3 minutos. Pedia-se aos médicos que, tanto quanto possível, não alterassem o seu procedimento habitual.

Na entrevista com o psicólogo, os sujeitos participantes foram convidados a responder à escala de depressão CES-D, podendo optar por uma resposta escrita ou oral. Foram ainda recolhidos alguns dados demográficos e pediu-se ao sujeito que indicasse os motivos que o tinham trazido à consulta com o objectivo de verificar que tipo de queixa era espontaneamente formulado pelos sujeitos deprimidos.

Após esta primeira entrevista, perguntou-se aos sujeitos se aceitariam comparecer a uma segunda entrevista um pouco mais longa a realizar imediatamente ou, quando isso não fosse possível, numa data ulterior a combinar. Esta segunda entrevista, à qual compareceram 179 sujeitos, consistia numa adaptação do módulo de avaliação das perturbações do humor da versão clínica da SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*)¹². O objectivo principal era verificar se os sujeitos satisfaziam os critérios definidos pelo DSM-IV para o diagnóstico de Episódio Depressivo *Major* ou de Pertur-

bação Distímica ou os critérios propostos para Episódio Depressivo *Minor*. A história anterior de perturbações depressivas foi igualmente investigada. No entanto, a ocorrência anterior de episódios maníacos ou hipomaniacos não foi sistematicamente investigada. Todos os dados psicológicos considerados relevantes foram anotados, a fim de permitir a discussão ulterior do diagnóstico.

As entrevistas foram realizadas nas instalações do Centro de Saúde, por cinco psicólogos clínicos previamente treinados. Inicialmente foram realizadas algumas entrevistas com a presença de um segundo psicólogo, além do entrevistador, a fim de garantir a homogeneidade de critérios. Durante todo o processo, as dúvidas de interpretação dos critérios foram discutidas com os autores.

RESULTADOS

Características da amostra

As mulheres constituem 73% dos sujeitos avaliados na primeira entrevista e 71% dos sujeitos que compareceram à segunda entrevista. Esta preponderância do sexo feminino está de acordo com os resultados dum estudo recente de José Guilherme Jordão¹³ em que foram avaliadas as características demográficas de uma amostra importante (18.805 sujeitos) de utentes dos centros de saúde em toda a zona sul do país: a percentagem global de mulheres foi de 63%, atingindo 67% no grupo etário mais próximo do abrangido pelo nosso estudo (ou seja 45-65 anos). De resto o fenómeno é muito geral: também no Reino Unido, por exemplo, se verifica que as mulheres consultam o clínico geral cerca de duas vezes e meia mais que os homens⁷.

Quanto ao nível de instrução, verifica-se que mais de 40% dos sujeitos não ultrapassaram o nível da antiga 4ª classe e há ainda uma pequena percentagem (4,2%) que nunca foi à escola.

Cerca de 1/3 (31,2%) ficaram entre o 6º ano e o 9º ano de escolaridade e 27,7% concluíram o 12º ano.

A análise dos problemas de saúde activos assinalados pelo médico também fornece informação relevante do ponto de vista da caracterização da amostra. A Figura 1 apresenta os resultados obtidos comparando-os com os resultados de J. Jordão¹³. Os valores são dados em % do total de problemas de saúde indicados. Considerámos apenas a faixa etária dos 45-65 anos porque Jordão não nos fornece indicações específicas para os 35-44 anos. Apesar do número total de sujeitos estudados ser relativamente pequeno, verifica-se, nesta comparação, uma concordância global no peso relativo dos diferentes tipos de problemas. No entanto observam-se algumas diferenças pontuais: em particular, a frequência com que os médicos assinalaram a existência de problemas psicológicos é superior na nossa amostra (16% contra 11%).

Prevalência das diferentes formas de perturbação depressiva

Com base na entrevista clínica estruturada, verificou-se que a prevalência de Episódios Depressivos *Major* no mês anterior (relativamente ao momento da primeira entrevista com o psicólogo – que coincidia com o momento da consulta médica) era de 13%. Em cerca de 16% dos sujeitos não se verificavam os critérios definidos pelo DSM-IV para Episódio Depressivo *Major*, mas verificavam-se os critérios de Perturbação Distímica. Finalmente, em 4% dos sujeitos, verificavam-se apenas os critérios propostos pelo DSM-IV para um Episódio Depressivo *Minor* (Figura 2). É preciso acrescentar que muitos dos casos em que foi diagnosticado um Episódio Depressivo *Major* sofriam provavelmente também de uma Perturbação Distímica. Inversamente, 25% dos casos diagnosticados como Perturbação Distímica e 44% dos casos em que foi diag-

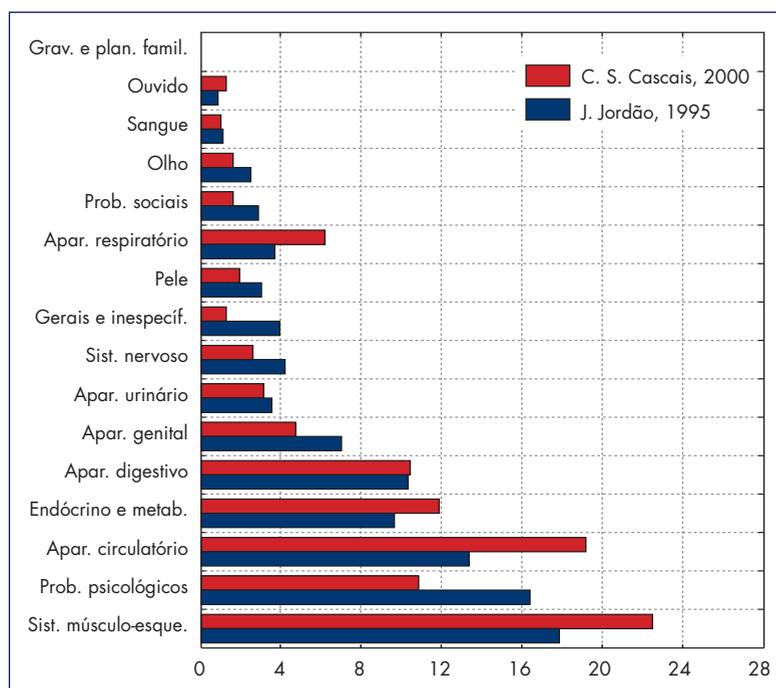


Figura 1. Problemas de saúde activos (45-65 anos)

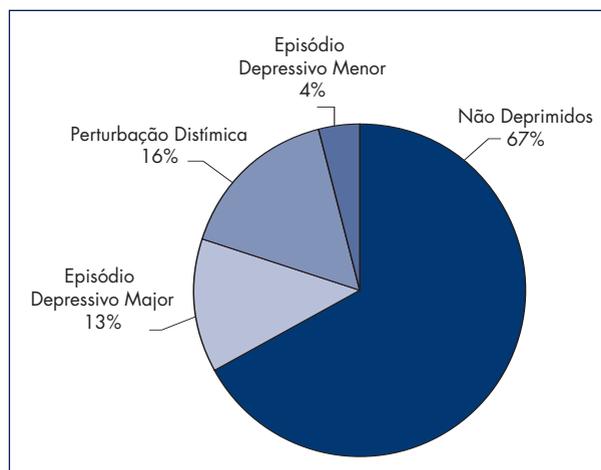


Figura 2. Diagnóstico segundo o DSM-IV

diagnosticado um Episódio Depressivo *Minor* tinham sofrido um Episódio Depressivo *Major* em anos anteriores.

Globalmente, portanto, um sujeito em cada três sofria de alguma forma de depressão. Mesmo que se prefira não ter em conta os casos em que se trata aparentemente apenas dum Episódio

Depressivo *Minor*, podemos dizer que cerca de 30% dos sujeitos apresentavam sinais de perturbação depressiva.

Distribuição das perturbações depressivas por sexo, idade e nível socio-cultural

O Quadro I apresenta a distribuição das diferentes formas de perturbação depressiva por sexo.

Os utentes em que foi diagnosticada alguma forma de perturbação de-

pressiva são predominantemente do sexo feminino. No entanto, não há diferença entre a percentagem de homens e a percentagem de mulheres em que foi diagnosticado um Episódio Depressivo *Major*. Pelo contrário, há nitidamente uma percentagem muito mais elevada de mulheres em que foi diag-

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS POR SEXO

	Episódio Depressivo Major	Perturbação Distímica	Episódio Depressivo Minor	Sem problemas depressivos	Total
Homens	7 (13,5%)	4 (7,7%)	2 (3,8%)	39 (75,0%)	52 (100%)
Mulheres	17 (13,4%)	24 (18,9%)	7 (5,5%)	79 (62,2%)	127 (100%)
Total	24	28	9	118	179

nosticada uma Perturbação Distímica (a relação, em percentagem, é cerca de 2,5:1), embora as diferenças estatísticas só apareçam nitidamente se tivermos em conta os sujeitos em que foi diagnosticado um Episódio Depressivo *Major* mas que satisfazem igualmente os critérios de Perturbação Distímica (também se encontram diferenças significativas se se considerar, não o diagnóstico final, mas antes o número total de sintomas depressivos, segundo o critério definido abaixo).

Quanto à variação em função da idade – dentro, evidentemente, da faixa considerada – é útil considerar separadamente os grupos com um nível de instrução mais baixo e o grupo com um nível de instrução mais elevado. Considerámos como situando-se num nível de instrução baixo os sujeitos que tinham menos de 9 anos de escolaridade – o que, como vimos, corresponde a cerca de metade da nossa amostra. Além disso, para podermos obter uma avaliação mais precisa, considerámos, como variável dependente, a intensidade da sintomatologia depressiva presente e não apenas o facto dos sujeitos satisfazerem ou não os critérios diagnósticos do DSM-IV. Cada um dos sintomas incluídos no critério de Episódio Depressivo *Major* foi classificado como «ausente»(0), presente mas não atingindo o critério de frequência ou intensidade definido pelo DSM-IV (1) ou «presente» (2). Os sintomas relativos a Distímia foram cotados do mesmo modo, mas receberam uma ponderação de 0,75 dado que corres-

pondem a um menor grau de perturbação. Considerou-se que a soma das pontuações assim obtidas constitui uma avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva.

A análise de variância permite confirmar que existe um efeito significativo da interacção entre a idade e o nível de instrução. O efeito da idade só é significativo nos sujeitos de nível de instrução baixo. Neste último caso existe uma correlação negativa significativa ($r = -0,26$) entre a idade e o número de sintomas depressivos. Ou seja, nos sujeitos de nível de instrução baixo, há uma tendência à diminuição da sintomatologia depressiva com a idade, entre os 35 e os 65 anos.

Motivos de consulta

As respostas dos sujeitos quanto aos motivos da sua vinda ao médico foram agrupadas em quatro classes exclusivas constituídas *a posteriori*:

1. Não há referência explícita a qualquer queixa médica ou psicológica. Por ex.: veio fazer um «check up».
2. Sintomas ou queixas específicos ou muito frequentes em perturbações depressivas. Por ex.: «astenia», «esgotamento», «tristeza», mas também «dormir mal» ou «falta de apetite».
3. Sintomas ou queixas que podem ocorrer com alguma frequência em perturbações psíquicas (não especificamente depressivas). Por ex.: «ansiedade», «nervos», «stress», etc.
4. Outras queixas (incluindo dores musculares ou das articulações).

Cada sujeito podia referir mais do que uma queixa, ou motivo para a sua vinda ao médico. A classificação baseou-se exclusivamente no registo das respostas dadas pelos sujeitos e não teve em conta qualquer critério médico rigoroso. O Quadro II apresenta a distribuição dos sujeitos deprimidos segundo o tipo de queixa. Foram incluídos na classe 2 todos os sujeitos que apresentavam pelo menos uma queixa de tipo depressivo. Inversamente, apenas foram incluídos na classe 4 os sujeitos que não apresentavam qualquer queixa de tipo 2 ou 3. Os valores indicados baseiam-se exclusivamente nos dados recolhidos na entrevista. As indicações fornecidas pelo médico sobre queixas ou sintomas valorizados pelo paciente foram classificadas segundo o mesmo critério, mas esses dados não foram considerados nas análises subsequentes dado que estão, naturalmente, fortemente correlacionados com o diagnóstico fornecido pelo mesmo médico.

A frequência de queixas de tipo depressivo nos sujeitos não deprimidos foi de 4% quando se consideram as respostas na entrevista e de 20% quando se consideram as indicações dos médicos.

Relação entre a avaliação do médico e o diagnóstico segundo o DSM-IV

É necessário sublinhar que não foi pedi-

do ao clínico geral que fizesse um diagnóstico especificamente centrado na eventual existência de perturbações depressivas e muito menos que fornecesse uma avaliação precisa da maior ou menor intensidade da sintomatologia depressiva eventualmente presente. O que era pedido era uma avaliação sumária e global dos problemas de saúde activos. Com efeito, o objectivo não era, evidentemente, determinar a capacidade do clínico para, num caso específico, proceder a uma avaliação fina e precisa da perturbação depressiva eventualmente presente, mas antes obter uma informação sobre o seu procedimento habitual com a generalidade dos casos.

Dito isto, o Quadro III estabelece a correspondência entre a avaliação do médico e o diagnóstico resultante da entrevista focada exclusivamente na avaliação da sintomatologia depressiva. Para a leitura deste quadro, é preciso entender que na linha relativa à Depressão se incluem todos os casos em que o médico indicou a depressão entre os problemas de saúde, quer tenha ou não indicado simultaneamente a presença de problemas de ansiedade. Pelo contrário, na linha relativa a Ansiedade, incluem-se apenas os casos em que não existe referência a depressão.

A primeira observação é que, como seria de esperar, existe uma correlação significativa entre a avaliação resultante da entrevista e a indicação da depressão como um problema de saúde activo. Esta indicação surge em 46% dos casos que satisfazem os critérios de diagnóstico de um Episódio Depressivo *Major* e em 31% dos casos de Perturbação Dis-tímica ou em que está presente uma perturba-

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DEPRIMIDOS SEGUNDO O TIPO DE QUEIXA OU MOTIVO DE CONSULTA

	Entrevista	Indicações do Médico
1. Não referiram queixa médica ou psicológica	36%	–
2. Queixas de tipo depressivo	21%	34%
3. Queixas de ansiedade, stress, etc.	11%	3%
4. Outras queixas	32%	16%
Faltam indicações	–	46%

QUADRO III

RELAÇÃO ENTRE A AVALIAÇÃO DO MÉDICO E OS RESULTADOS DA ENTREVISTA

Problemas de saúde activos (avaliação do médico):	Resultados da entrevista segundo os critérios do DSM-IV				Totais
	Episódio Depressivo <i>Major</i>	Perturbação Distímica	Episódio Depressivo <i>Minor</i>	Sem problemas depressivos (não verifica critérios)	
Depressão (total)	11	8	3	13	35
Ansiedade	5	5	0	19	29
Nem depressão nem ansiedade	8	14	6	86	114
Falta indicação	0	1	0	0	1
Totais	24	28	9	118	179

ção depressiva *minor*. O teste estatístico da tabela de frequências correspondente é altamente significativo ($Qui^2=18,75$; $p=0,0003$).

No entanto, as percentagens referidas indicam igualmente que há um número considerável de casos em que os médicos não assinalaram a presença de uma perturbação depressiva que uma entrevista mais longa e especificamente estruturada para o efeito permitiu detectar.

Deveria acrescentar-se a referência aos casos em que o clínico geral assinalou a presença de um problema depressivo mas em que, aparentemente, a sintomatologia actual não é suficientemente grave para estabelecer o correspondente diagnóstico de acordo com os critérios definidos pelo DSM-IV. Mas aqui não há propriamente desacordo. Num caso, a diminuição da sintomatologia parece decorrer directamente de medicação antidepressiva e, em dois outros casos, há que ter em conta o efeito da terapêutica hormonal de substituição. Nos restantes dez casos existem, muito provavelmente, sintomas depressivos, mas a intensidade ou o número destes sintomas não atinge o nível mínimo requerido pelo DSM-IV. Com efeito, utilizando o critério de pontuação definido acima e considerando apenas os casos que não satisfazem os critérios do DSM-IV, verifica-se que

aqueles em que o clínico geral referiu a existência de problemas depressivos tendem a apresentar mais sintomas depressivos que os outros (em média 2,9 contra 1,8; teste U de Mann-Whitney: $p=0,047$).

Foram igualmente estudadas as indicações do médico sobre outros problemas de saúde activos comparando os sujeitos em que foram diagnosticados problemas depressivos com os outros sujeitos entrevistados. Em geral, com excepção da referência a problemas depressivos, a frequência com que os vários problemas de saúde são assinalados é semelhante nos dois grupos. Apenas se encontram diferenças significativas nos problemas relativos ao olho que foram assinalados em 10% dos sujeitos deprimidos e apenas em 2,5% dos outros (teste exacto de Fischer: $p=0,041$).

Características dos casos que parecem levantar mais problemas de diagnóstico

As eventuais dificuldades de diagnóstico pelo clínico geral estão muito provavelmente relacionadas com características dos médicos e com características específicas dos casos. Quanto aos médicos, verifica-se que existem diferenças consideráveis entre os clínicos no que respeita à frequência com que assinalaram a presença de problemas

depressivos. Estas diferenças não correspondem a diferenças na percentagem de casos diagnosticados na entrevista e, portanto, reflectem provavelmente diferenças de critério.

No que respeita aos casos, é evidente, por exemplo, que, como acabámos de ver, os casos que apresentam sintomas mais numerosos e mais intensos – isto é, os casos de Episódio Depressivo *Major* – são mais facilmente diagnosticados. Mais precisamente, verifica-se que os casos «correctamente diagnosticados» apresentam um número significativamente superior de sintomas depressivos.

Para verificar se existiam outros factores que poderiam contribuir para as eventuais dificuldades de diagnóstico, procedeu-se a uma comparação sistemática entre os casos sofrendo de alguma forma de perturbação depressiva correctamente diagnosticada pelo médico e aqueles em que o médico não assinalou esse problema. Foram estudadas as características socio-demográficas, as indicações dos médicos sobre outros problemas de saúde activos e o tipo de queixas ou motivos de consulta indicados pelo paciente na entrevista.

A análise das indicações sobre motivos de consulta permitiu confirmar um segundo factor que parece igualmente óbvio: o facto dos sujeitos depressivos – que consultam por qualquer outro motivo – não apresentarem espontaneamente qualquer queixa de tipo depressivo (embora venham a formular essas queixas quando especificamente interrogados) dificulta naturalmente o diagnóstico. Neste caso, com efeito, o médico só indicou a presença de problemas depressivos em 29,8% dos sujeitos depressivos, enquanto a percentagem subiu para 61,5% quando os sujeitos apresentavam esse tipo de queixas (Qui^2 ; $p=0,036$).

O efeito deste factor será tanto mais provável quanto o médico diagnostica

efectivamente a existência de um problema somático. Ora, como vimos, os problemas somáticos parecem tão frequentes nos sujeitos com perturbações depressivas como nos outros. A quase totalidade dos sujeitos deprimidos (88,5%) apresenta pelo menos um problema somático específico. Em cinco dos seis sujeitos deprimidos em que não existia qualquer problema somático, o médico indicou a presença de problemas depressivos. Conjugando os dois factores, verificamos que 84,2% dos sujeitos deprimidos em que o médico não indicou a presença de problemas depressivos eram casos que apresentavam problemas somáticos e não apresentavam espontaneamente queixas de tipo depressivo.

Quanto às variáveis socio-demográficas, o seu efeito aparece sobretudo nos casos sofrendo de uma Perturbação Distímica ou de um Episódio Depressivo *Minor* – ou seja nos casos em que os sintomas depressivos são menos intensos. Entre os casos de depressão não diagnosticados pelo médico encontramos uma maior percentagem de mulheres (diferença apenas tendencialmente significativa), de sujeitos de nível de instrução baixo e de trabalhadores não qualificados. Também é interessante observar que mais de 50% dos casos em que o médico parece não se ter apercebido da existência duma Perturbação Distímica apresentam problemas relativos ao Sistema Músculo-Esquelético.

A fim de avaliar mais rigorosamente o peso destes factores pareceu-nos necessário complementar e confirmar estas indicações utilizando uma técnica de análise multivariada. Recorremos a uma análise discriminante passo a passo comparando os sujeitos deprimidos (Episódio Depressivo *Minor*, Perturbação Distímica ou Episódio Depressivo *Major*) em que o médico indicou a presença de problemas depressivos ($n=22$) com aqueles em que não aparece essa indicação ($n=38$). Foram conside-

radas 14 variáveis dicotómicas relativas a sexo, profissão (três variáveis), escolaridade, situação laboral (cinco variáveis), presença de queixas depressivas e indicação pelo médico de «problemas gerais e inespecíficos», «problemas somáticos específicos» (de qualquer tipo) e «problemas do sistema músculo-esquelético». Quanto à profissão foram considerados apenas três grandes classes: profissões de nível superior (grandes grupos 1 e 2 da Classificação Nacional das Profissões), profissões de nível médio (grandes grupos 3 a 8) e trabalhadores não qualificados (grande grupo 9). O Quadro IV apresenta os resultados obtidos até ao oitavo passo – em que a função discriminante permite já classificar correctamente 88% dos sujeitos. Incluímos nas duas últimas colunas deste quadro as frequências (em percentagem) das várias características nos dois grupos considerados a fim de facilitar a interpretação dos resultados.

Os resultados desta análise sugerem que os principais factores que levam o médico a não indicar a presença de problemas depressivos são o facto do utente ser um trabalhador não qualificado ou exercer uma profissão de nível

médio, não ter problemas gerais e inespecíficos, ter problemas do sistema músculo-esquelético, não apresentar queixas de tipo depressivo, ser mulher ou reformado, ter problemas somáticos específicos. Globalmente, verifica-se uma certa concordância com os resultados anteriormente obtidos com a análise estatística univariada. No entanto, há diferenças de pormenor que resultam do facto que, aqui, a avaliação dos efeitos de cada uma das variáveis tem em conta as outras variáveis já introduzidas.

Assim, a análise multivariada põe em relevo a influência de duas variáveis não mencionadas antes: o facto de ter uma profissão de nível «médio» e o facto de estar reformado. Para melhor compreensão destes resultados, pode verificar-se que, se não considerarmos os trabalhadores não qualificados, a percentagem de sujeitos deprimidos pertencentes à classe das profissões de nível médio é significativamente maior entre aqueles que não foram diagnosticados pelo médico. Quanto ao facto de estar reformado, pode notar-se que a análise univariada correspondente permite concluir que a diferença é tenden-

QUADRO IV

ANÁLISE DISCRIMINANTE PASSO A PASSO: COMPARAÇÃO ENTRE OS SUJEITOS DEPRIMIDOS DIAGNOSTICADOS PELO MÉDICO E OS NÃO DIAGNOSTICADOS

Passo	Sujeitos bem afectados (%)	Variável introduzida	Indicação do médico sobre problemas depressivos	
			Ausente	Presente
1	63	Trabalhadores não qualificados	34,2	4,5
2	73	Técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo, pessoal dos serviços, etc.	57,9	54,5
3	78	Problemas gerais e inespecíficos	2,6	18,2
4	77	Problemas do sistema músculo-esquelético	52,6	22,7
5	83	Queixas de tipo depressivo	13,2	36,4
6	87	Mulher	84,2	68,2
7	87	Reformado	23,7	4,6
8	88	Problemas somáticos específicos	97,4	77,3

cialmente significativa.

Inversamente, a variável nível de escolaridade não aparece como factor importante de diferenciação provavelmente porque se encontra fortemente relacionada com o tipo de profissão. Pode verificar-se que, se se repetir o mesmo tipo de análise discriminante excluindo as variáveis relativas à profissão, o nível de escolaridade aparece de facto como um dos factores que dificulta o diagnóstico (embora apenas no sexto passo).

Resultados da escala de depressão

A CES-D é uma escala construída para avaliar o nível actual da sintomatologia depressiva na população geral¹⁰, mas é igualmente adequada para populações clínicas¹¹. Foi publicada nos E.U.A. em 1977. Foi traduzida em várias línguas, e tem sido utilizada em muitas investigações. Trata-se duma escala relativamente curta, constituída por 20 itens redigidos duma forma muito simples, e que pode ser aplicada por escrito ou oralmente. A adaptação portuguesa revelou boas qualidades psicométricas¹⁴. Em particular, verificou-se que existe uma boa correlação ($r=0,76$) entre os resultados na escala e o número e gravidade de sintomas depressivos avaliados pela entrevista clínica. À medida que aumenta a pontuação, a probabilidade de presença de uma perturbação depressiva aumenta também muito claramente. Assim, por exemplo, se a pontuação se situa entre 25 e 29, há cerca de 55% de probabilidade que exista alguma forma de perturbação depressiva. Mas se a pontuação na escala é de 35, ou mais, esta probabilidade sobe para 95%, ou seja, é quase certo que o sujeito sofra de alguma forma de perturbação depressiva.

Como vimos, nem todos os sujeitos que responderam à escala de depressão compareceram à segunda entrevista, mais longa, que visava especificamente verificar o diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV. A média das pontua-

ções na CES-D dos sujeitos que não compareceram ($n=81$) à segunda entrevista é de 21,6, contra 19,3 para os que compareceram ($n=179$). Esta diferença não é estatisticamente significativa e a configuração geral da distribuição das pontuações é semelhante nas duas amostras (teste de Kolmogorov-Smirnov).

Por outro lado, é interessante comparar os resultados obtidos com os resultados de uma amostra da população geral. Com efeito, sabemos que na população geral existe uma certa percentagem de sujeitos deprimidos – muitos dos quais, aliás, talvez nunca cheguem a recorrer aos serviços de saúde.

Comparando os resultados da amostra do Centro de Saúde com uma amostra de 135 sujeitos da mesma faixa etária recolhida em duas grandes empresas da região de Lisboa, verificamos que há apenas 12,6% de sujeitos destas duas empresas que atingem uma cotação igual ou superior a 25, enquanto na nossa amostra, são 34,2% (valor próximo da percentagem de sujeitos em que foi diagnosticada alguma forma de perturbação depressiva). A razão entre estas duas percentagens é de 2,7:1. Os resultados obtidos são praticamente idênticos se considerarmos apenas os sujeitos de nível de instrução mais elevado. Mas se, em vez de tomarmos como referência o valor 25, considerarmos antes o valor 40, por exemplo, a diferença é muito maior. Na amostra do Centro de Saúde há quase 10% de sujeitos que atingem estas pontuações elevadas (e que sofrem efectivamente de uma perturbação depressiva) enquanto na amostra recolhida nas empresas (e que não inclui empregados eventualmente de baixa na altura), estes valores elevados são muito raros (1,5%).

DISCUSSÃO

Na medida em que o estudo se orientou

sobretudo para a avaliação da sintomatologia depressiva actual, subsiste alguma indefinição quanto ao diagnóstico preciso das perturbações observadas. Assim, é possível que alguns dos casos que apresentam um Episódio Depressivo *Major* sofram de uma Depressão Bipolar, embora os dados epidemiológicos disponíveis sugiram que a grande maioria sofre, provavelmente, de uma Depressão *Major* – visto que esta perturbação é muito mais frequente do que a forma bipolar, nomeadamente nas mulheres. Do mesmo modo, não procurámos sistematicamente averiguar se a Perturbação Distímica diagnosticada noutros casos poderia ser considerada como uma Depressão *Major* em remissão parcial.

Cerca de 33% dos utentes entre 35 e 65 anos apresentaram sintomas de alguma forma de perturbação depressiva. É um valor elevado, embora se possa dizer que é da mesma ordem de grandeza do que foi encontrado em estudos noutros países.

Para sabermos se se pode dizer que este valor traduz realmente a frequência de perturbações depressivas nos utentes deste grupo etário temos de considerar dois problemas.

Primeiro, como vimos, nem todos os 260 sujeitos que responderam à escala de depressão compareceram à entrevista. Os resultados obtidos com a escala de depressão (CES-D) sugerem, no entanto, que os sintomas depressivos são tão frequentes nos sujeitos que não compareceram como nos outros. Uma vez que se verifica uma boa correlação entre os resultados da CES-D e os resultados da entrevista clínica, podemos concluir com alguma segurança que os resultados relativos à prevalência são generalizáveis para o conjunto dos 260 sujeitos da amostra.

O segundo problema é o das características da amostra estudada. Como vimos, há uma concordância global com os resultados de J. Jordão no que diz

respeito aos problemas de saúde activos assinalados pelo médico, o que tende a confirmar a representatividade da nossa amostra, mas a frequência com que os médicos assinalaram a presença de problemas psicológicos é um pouco mais elevada no nosso estudo. Na verdade, como preferimos utilizar uma grelha simplificada, as duas séries de dados não são rigorosamente comparáveis: é provável que a diferença observada nalgumas rubricas decorra deste artefacto (como as classes da grelha não são exclusivas, o número de classes considerado afecta o total obtido para uma determinada rubrica geral). No entanto, no que diz respeito à indicação de problemas depressivos, dispomos de dados que permitem uma comparação precisa. No inquérito de Jordão, os médicos assinalaram a presença desses problemas em 12,5% dos sujeitos, enquanto, na nossa amostra, o valor correspondente é de 19,8%.

Não podemos, portanto, excluir que, devido aos condicionalismos do estudo, a nossa amostra seja ligeiramente «enviesada», o que explicaria que a prevalência de perturbações depressivas fosse tão alta. Na medida em que verificámos que, apesar de alguma imprecisão, existe uma correlação muito significativa entre a indicação do médico e a existência de perturbações depressivas, poderíamos admitir que a diferença de percentagens observada constitui uma avaliação do grau de enviesamento da amostra. Nesse caso, seríamos levados a concluir que a prevalência global das perturbações depressivas estudadas na generalidade dos utentes desta faixa etária que recorrem à consulta não seria de 30 ou 33%, mas antes de cerca de 20% – o que continua a ser um valor elevado. No entanto, as razões porque os clínicos indicam mais ou menos frequentemente a existência de problemas depressivos podem ser muitas. Entre elas, uma tendência bem conhecida dos experimentadores em psicolo-

gia (e noutras áreas): o facto de estar a participar numa investigação sobre uma dimensão psicológica tende a tornar-nos de certa forma mais «sensíveis» à presença de problemas nessa área.

Mesmo tendo em conta a composição maioritariamente feminina da nossa amostra, uma extrapolação grosseira dos dados sobre prevalência inicialmente referidos (relativos à população geral americana) sugeriria um valor entre 7 e 11% para o conjunto das várias perturbações depressivas. Embora não disponhamos de dados epidemiológicos sobre a população portuguesa, podemos portanto considerar que a prevalência de problemas depressivos entre os utentes do Centro de Saúde é entre duas e três vezes superior à que se pode encontrar na população geral. A comparação dos dados obtidos com a escala de depressão na amostra estudada e numa amostra da população geral portuguesa da mesma faixa etária tende a confirmar esta relação. Além disso, esta comparação mostra que os casos mais graves, relativamente frequentes no Centro de Saúde, são raros na população geral.

Os utentes em que foi diagnosticada alguma forma de perturbação depressiva são predominantemente do sexo feminino. O facto não é surpreendente dado que se sabe que estas perturbações são, em geral, mais frequentes nas mulheres. No entanto, é preciso notar que, por razões que, tanto quanto sabemos, não estão completamente esclarecidas, as mulheres constituem, de qualquer modo, a grande maioria dos utentes e, como vimos, constituem também a grande maioria da amostra estudada.

Podemos, aliás, supor que a frequência de perturbações depressivas contribui, de algum modo, para esta predominância do sexo feminino entre os utentes, mas os nossos dados não nos permitem discutir este aspecto do problema.

Uma parte importante destes utentes que sofrem de perturbações depressivas não parecem apresentar espontaneamente queixas de tipo depressivo e consultam por qualquer outro motivo. O diagnóstico da perturbação depressiva pelo médico torna-se então particularmente difícil, tendo em conta que quase todos estes sujeitos apresentam, de facto, problemas somáticos específicos. É provável que alguns desses problemas somáticos – nomeadamente os problemas relativos ao sistema músculo-esquelético – estejam relacionados de algum modo com os problemas depressivos diagnosticados: só uma análise caso a caso permitiria discutir a questão.

Mas os dados sugerem que outros factores tendem a dificultar o diagnóstico. Na verdade, a análise discriminante sugere que o factor que mais dificulta o diagnóstico é o facto do paciente pertencer a um nível social baixo ou médio – revelado através da profissão não qualificada ou relativamente pouco qualificada, ou através do nível de instrução (duas variáveis evidentemente relacionadas entre si). O nível socio-cultural poderá dificultar a comunicação ou levar o utente a privilegiar a sintomatologia somática¹⁵. Os outros factores referidos (para além dos relativos a outros problemas de saúde, que já foram comentados) – ser do sexo feminino e estar reformado – parecem menos importantes. No entanto, é preciso notar que, entre os sujeitos deprimidos da nossa amostra, as mulheres constituem a quase totalidade (93%) dos trabalhadores não qualificados – em que, como vimos, o diagnóstico parece ser particularmente difícil. A influência do factor sexo poderá estar ligada a um estereotipo (as mulheres são «naturalmente» mais queixosas). Finalmente, é possível que o facto de estar reformado leve o clínico a valorizar menos as eventuais queixas. Só com outros estudos se poderia eventualmente confirmar e

compreender melhor a interferência destes factores específicos no diagnóstico.

O recurso a uma escala de depressão de aplicação fácil e rápida, como a CES-D, pode ser útil para despistar estes casos que só uma entrevista longa e especificamente orientada permite diagnosticar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith A, Weissman M. The epidemiology of depressive disorders: national and international perspectives. In Feighner J, Boyer W (editores). *The Diagnosis of Depression*, Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 17-30.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ªed. Lisboa: Climepsi; 2002.
3. Bernardo M. Epidemiologia. In Ruiloba J. & Ferrer C., *Transtornos Afetivos: Ansiedad y Depresión*, Barcelona: Masson; 2000. p. 217-226.
4. Zung, W, Broadhead W, Roth M. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract* 1993; 37: 337-44.
5. US Department of Health and Human Services. *Depression in primary care. Vol1. Detection and Diagnosis*. In: Clinical practice guideline. No.5 Rockville, Md: Dept of Health and Human Services, 1993; AHCPH Publication No. 93-0550, cit. El-Mallakh R, Wright J, Breen K, Lippmann S. Orientações sobre depressão na prática de cuidados de saúde primários. *Postgrad Med (Ed port)* 1997; 7(6): 20-8.
6. Betrus P, Elmore S, Hamilton, P. Women and somatization: unrecognized depression. *Health Care Women Int* 1995;16: 287-97.
7. Mann A. A depressão e a ansiedade nos cuidados de saúde primários: a evidência epidemiológica. In Jenkins R, Newton J, Young R. *A prevenção da depressão e da ansiedade. O papel da equipa de cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi; 1996. p. 1-10.
8. Saraiva C, Vilhena F. Sintomas somáticos na depressão. *Psiquiatria Clínica* 1981; 2: 163-67.
9. Rajala U, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusimaki A, Kivela S. Musculoskeletal pains and depression in a middle-aged Finnish population. *Pain* 1995, 61:451-7.
10. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977; 1:385-401.
11. Weissman M, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff B, Locke B. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiology* 1977; 106: 203-14.
12. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders - Clinician version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
13. Jordão J. *A medicina geral e familiar, Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [Dissertação de Doutoramento]*. Lisboa; 1995.
14. Gonçalves B, Fagulha T. The Portuguese version of the CES-D: A study with primary care patients [Poster]. VII European Congress of Psychology, Londres, Junho de 2001. Gonçalves B, Fagulha T. The factorial structure of the Portuguese version of the CES-D [Poster]. 6th European Conference on Psychological Assessment, Aachen, Setembro de 2001.
15. Crandell D, Dohrenwend B. Some Relations Among Psychiatric Symptoms, Organic Illness, and Social Class. *Amer J Psychiat* 1967, 123: 1527-1538.

Agradecimentos

Agradecemos à Dr^a Maria Helena Miranda, directora do Centro de Saúde de Cascais, ao Dr. André Biscaia que participou directamente no planeamento da investigação, à Dr^a Sandra Pinto que acompanhou e apoiou *in locu todo* o processo, e a todos os médicos que aceitaram participar. Agradecemos ainda à Prof^a Ana Ferreira da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa que nos aconselhou e apoiou no tratamento estatístico dos dados.

Recebido em 24/01/03
Aceite para publicação em 06/11/03

Endereço para correspondência:

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Alameda da Universidade
1649-013 Lisboa

PREVALENCE AND DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN THE GENERAL PRACTICE**ABSTRACT**

Objectives: To obtain an estimate of the prevalence of depressive disorders amongst patients between the ages of 35 and 65 who make use of the primary health services; study the validity of the Portuguese version of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); study the factors that may make the diagnosis difficult for the general practitioner.

Type of Study: Descriptive, cross-sectional.

Site: Cascais Health Center.

Population: Patients with 35 – 65 years of age who make use of the doctor's appointments.

Methods: A sample of 260 patients within the established age group, who had been to an appointment in the Health Centre, was collected. For each case, the general practitioner indicated the active health problems. Following this, each one of the patients answered the depression scale, and, those who accepted (N=179), participated in a structured interview in order to evaluate the possible presence of a depressive disorder according to the criteria of the DSM-IV.

Results: It was verified that 13% of the patients suffered from a Major Depressive Episode and, globally, 33% presented some form of depressive disorder. The general practitioner indicated the presence of depressive problems only in 36% of these cases (or 46% of those who met the criteria for a Major Depressive Episode). The fact that the subjects presented other health problems and did not spontaneously present complaints of a depressive nature seems to be the factor that contributes most to the difficulty in diagnosis.

Key-words: Depression; General and family Medicine; Diagnosis; Depression Scale.