

Perfil da pessoa com o diagnóstico de perturbação depressiva na região Centro de Portugal

Luiz Miguel Santiago,¹ Sofia Pessoa Heleno,² Carlos Seiça Cardoso³

RESUMO

Objetivos: Estudar o perfil da pessoa com perturbação depressiva (PD) segundo fatores de contexto como o sexo, a idade, o tipo de família e o nível socioeconómico no Centro de Portugal.

Métodos: Estudo observacional transversal com dados de pessoas com PD em 31/dezembro/2022, pela Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2 nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Litoral e Dão Lafões da região Centro, selecionados aleatoriamente com dados anonimizados, fornecidos pelo serviço informático da Administração Regional de Saúde do Centro.

Resultados: Numa população de $n=556.332$ verificaram-se 69.215 casos de PD, 12,4% de prevalência, sendo de 13,3% em Dão Lafões e de 11,5% em Pinhal Litoral. Eram do sexo feminino 78,5% dos casos e 75,0% tinha idade igual ou superior a 40 anos. Nos 2.400 (3,5%) indivíduos com PD e tipo de família conhecido, 65,4% viviam em família nuclear. Nos 2.202 (3,2%) com nível socioeconómico conhecido, 58,1% estavam em classe *Graffar* média. As pessoas com PD do sexo masculino eram significativamente mais novas (57,4 vs 58,9 anos; $p<0,001$). A classe *Graffar* foi significativamente diferente segundo o tipo de família ($p<0,001$) e segundo a idade do doente ($p<0,001$).

Discussão: Em 2022, a prevalência de pessoas com PD nos ACeS estudados foi superior no sexo feminino e em idade igual ou superior a 40 anos, à semelhança do descrito para Portugal. No homem, a PD poderá estar subdiagnosticada. A maior prevalência de PD nas classes *Graffar* média, média-alta e alta é algo a estudar.

Conclusão: Nos cuidados de saúde primários, na região Centro, a PD estava associada ao sexo feminino, à idade igual ou superior a 40 anos, a viver em família nuclear e estar em classe *Graffar* média. Tipo de família e *Graffar* estavam subpreenchidos.

Palavras-chave: Perturbação depressiva; Cuidados de saúde primários; Características populacionais; Prevalência.

INTRODUÇÃO

A perturbação depressiva (PD) é uma doença mental que assume uma elevada prevalência na população em geral constituindo um dos mais relevantes desafios de saúde pública da atualidade.¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2023 cerca de 280 milhões de pessoas no mundo sofriam de PD, o que correspon-

dia a 3,8% da população, incluindo 5% da população adulta.² A PD é a principal causa de anos vividos com incapacidade, traduzindo-se numa diminuição da qualidade de vida e da produtividade laboral sendo, por isso, uma das doenças mais onerosas do mundo.³

A perturbação depressiva assume diversas formas de apresentação, podendo revelar-se através de sintomas emocionais, físicos e comportamentais.⁴ De um modo geral, a PD manifesta-se como uma alteração do estado de espírito que ocorre durante pelo menos duas semanas, associando-se a tristeza, anedonia, cansaço ou redução da energia e da atividade. Habitualmente também se verificam perturbações do sono ou

1. MD, PhD. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal | Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. MD. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

3. MD, PhD. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal | USF de Condeixa, ULS Coimbra. Condeixa-a-Nova, Portugal.



do apetite, assim como diminuição da confiança, da autoestima e da capacidade de concentração.⁵

A história natural da PD é de recorrência ou cronicidade, pelo que frequentemente se associa a outras doenças, agravando o estado de saúde geral e o prognóstico dessas patologias concomitantes.³ O suicídio é também uma possível consequência da PD, de tal forma que esta doença está implicada na maioria das mortes que ocorrem por suicídio.⁶ Assim, é de notar a importância de realizar o diagnóstico e tratamento precoces da perturbação depressiva com vista a diminuir a morbimortalidade associada a esta patologia.

A etiopatogenia da PD é multifatorial, englobando determinantes genéticos, de personalidade, ambientais, como a classe económico-social e o tipo de família, e relacionados com o desenvolvimento.⁷ A OMS reconhece que a PD atinge duas vezes mais mulheres do que homens.² A disparidade entre sexos desta doença verifica-se em diversos países europeus, registando Portugal a maior diferença de prevalência entre mulheres e homens.⁸

A PD pode afetar pessoas de todas as idades. No entanto, segundo a OMS, em 2017, a prevalência desta doença ocorria maioritariamente na faixa etária dos 55 aos 74 anos.⁶ Em Portugal, as estimativas de prevalência de PD em adultos indicam que indivíduos com idades mais avançadas apresentam menor probabilidade de sofrer de PD, apresentando o escalão etário acima dos 65 anos prevalência significativamente mais baixa que as restantes faixas etárias.⁹

A PD atinge mais frequentemente indivíduos com nível socioeconómico menos privilegiado.¹⁰ Em Portugal verificou-se que a prevalência de PD aumentava à medida que a classe socioeconómica era menor, sendo mais frequente em pessoas com menores rendimentos e menor nível de escolaridade.¹

Para o contexto português, um estudo que avaliou potenciais fatores influenciadores da PD no idoso não encontrou associações estatisticamente significativas para diferentes tipos de família e a PD no doente idoso; no entanto, a influência desta variável ainda não foi estudada no adulto.¹¹ Assim, dado que para a génese da PD também concorrem fatores ambientais, incluindo tipo de família, ainda não é conhecido o perfil da pessoa com esta doença.

Tendo a PD uma prevalência estimada de 8% na população portuguesa,⁴ sendo a sua etiologia multifato-

rial e o seu diagnóstico precoce essencial para permitir a melhoria dos cuidados a prestar a tais pessoas, a caracterização do perfil da pessoa com PD pode ser importante. Muitas destas características de contexto podem influenciar o surgimento de PD; conhecê-las e identificar formas de abordar preventivamente pessoas com esses potenciais fatores de risco são fundamentais, em especial porque muitas das características de contexto não têm terapêutica medicamentosa ou farmacológica, mas social.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal com dados de pessoas com o diagnóstico de PD, classificação P76 da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2.^a ed. (ICPC-2), à data de 31 de dezembro de 2022, em dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da região Centro, Pinhal Litoral e Dão Lafões, selecionados de forma aleatória de entre a lista de ACeS da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) utilizando a ferramenta *random.org*. O número de utentes inscritos nestes dois ACeS à data do estudo foi obtido por consulta de dados, de acesso livre, fornecidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Foram solicitados, garantindo o anonimato das pessoas identificadas, os seguintes dados ao serviço informático da ARSC: idade, sexo, tipo de família e classificação de *Graffar*.

Para a caracterização da tipologia familiar destes indivíduos foi utilizada a classificação *Novos Tipos de Família* que as define, quanto à sua estrutura e dinâmica global, como «família nuclear» se há uma só união entre adultos e um só nível de descendência, «família unitária» se é constituída por uma pessoa que vive sozinha, «família alargada» se coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s), «família reconstruída» se há uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou de ambos os cônjuges, «família monoparental» se é constituída por um progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendente(s).¹² As famílias cujas características não se enquadram na descrição destes tipos de família foram classificadas como «outras».

Com vista a avaliar o nível socioeconómico do agregado familiar dos doentes foi utilizada a *Escala de*



TABELA 1. Prevalência de perturbação depressiva nos ACeS Dão Lafões e Pinhal

	Utentes inscritos nos CSP em dezembro de 2022 ¹³	Indivíduos com o diagnóstico de perturbação depressiva	Prevalência de perturbação depressiva
ACeS			
Dão Lafões	276.570	36.926	13,3 %
Pinhal Litoral	279.762	32.289	11,5%
Total	556.332	69.215	12,4%

Fonte: Serviço Nacional de Saúde. Utentes inscritos em cuidados de saúde primários [homepage]. ACSS [updated 2023 Sep 4; cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>

Legenda: ACeS = Agrupamento de Centros de Saúde; CSP = Cuidados de saúde primários.

Graffar Adaptada. Este método de classificação social baseia-se na consideração de cinco critérios (profissão, grau de instrução, fonte principal de rendimento, tipo de habitação e local de residência), a cada um dos quais é atribuído um valor entre 1 e 5, sendo que a soma dessa pontuação permite classificar o agregado familiar quanto ao escalão social a que pertence. Assim, é atribuída a classificação «classe alta» a valores obtidos entre 5 e 9, «classe média-alta» a uma pontuação de 10 a 13, «classe média» aos valores entre 14 e 17, «classe média-baixa» a uma pontuação de 18 a 21 e, por último, «classe baixa» a valores entre 22 e 25.

O tipo de família e a classificação de *Graffar* estão no ambiente do SClínico, o programa de registos eletrónicos usado em cuidados de saúde primários (CSP), mais especificamente em medicina geral e familiar.

Com vista a proceder à análise estatística descritiva e inferencial utilizou-se o SPSS®, v. 27.

Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* foi avaliada a normalidade das distribuições das diferentes variáveis numéricas contínuas. Variáveis escalares foram caracterizadas utilizando medianas e intervalos interquartis. Variáveis nominais e ordinais foram caracterizadas apresentando frequências relativas e absolutas. Uma vez que não se verificou distribuição normal para as variáveis escalares/numéricas foram utilizados testes não paramétricos para comparar os grupos de variáveis escalares, nominais e ordinais, nomeadamente o teste exato de *Fisher*, teste U de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal Wallis*. Considerou-se existir significância estatística para $p < 0,05$.

Este estudo obteve um parecer favorável da Comissão de Ética da ARSC em abril de 2023.

RESULTADOS

Num universo de 556.332 pessoas inscritas nos ACeS em estudo verificaram-se 69.215 casos de diagnóstico de PD, prevalência de 12,4%, sendo de 13,3% em Dão Lafões e de 11,5% em Pinhal Litoral (Tabela 1).

Segundo a Tabela 2, 78,5% da amostra estudada era do sexo feminino. A idade da amostra não era normal pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lillefors*, sendo a mediana de 56,0 anos, $P_{25}=40$ anos e $P_{75}=73$ anos. Em 3,5% dos doentes era conhecido o tipo de família, 65,4% estando em família nuclear. A classificação de *Graffar* estava calculada em 3,2% dos doentes, 58,1% estando na classe *Graffar* média (Tabela 2).

A distribuição das pessoas com PD por sexo e idade média foi significativamente diferente entre os dois ACeS considerados (Tabela 3). No ACeS Dão Lafões verificou-se uma maior prevalência no sexo feminino (79,0%) em comparação com o ACeS Pinhal Litoral (78,0%), $p=0,001$. A média de idade dos doentes com PD no ACeS Dão Lafões foi superior à do ACeS Pinhal Litoral, sendo significativamente diferente ($p=0,017$) (Tabela 3).

A idade média dos doentes com PD verificou-se ser significativamente diferente entre sexos (Tabela 4), sendo os doentes do sexo masculino, em média, mais novos ($\sigma 57,4$ vs $\sigma 58,9$ anos; $p < 0,001$). Não se verificaram diferenças significativas entre indivíduos com PD do sexo feminino e masculino quanto ao tipo de família e ao nível socioeconómico (classe *Graffar*) (Tabela 4).

A classe de *Graffar* revelou-se significativamente diferente quando avaliada por tipo de família, sendo mais

TABELA 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Característica	n=69.215	
Sexo, % (n)		
Feminino	78,5% (54.339)	
Masculino	21,5% (14.876)	
Idade		
Média±dp	58,6±16,3	
Mediana	59,0	
Mínimo	8,0	
Máximo	103	
Tipo de família, % (n)		
Nuclear	2,3% (1.570)	65,4% (1.570)
Unitária	0,3% (191)	8,0% (191)
Alargada	0,3% (238)	9,9% (238)
Reconstruída	0,2% (121)	5,0% (121)
Monoparental	0,3% (207)	8,6% (207)
Outras	0,1% (73)	3,0% (73)
Classe <i>Graffar</i>, % (n)		
Baixa	0,0% (28)	1,3% (28)
Média-Baixa	0,6% (407)	18,5% (407)
Média	1,8% (1.280)	58,1% (1.280)
Média-Alta	0,6% (448)	20,3% (448)
Alta	0,1% (39)	1,8% (39)

TABELA 3. Distribuição do diagnóstico de PD por sexo e idade média nos dois ACeS

	ACeS Dão Lafões (n=36.926)	ACeS Pinhal Litoral (n=32.289)	Valor p
Sexo, % (n)			
Feminino	79,0% (29.165)	78,0% (25.174)	0,001*
Masculino	21,0% (7.761)	22,0% (7.115)	
Idade média	58,7±16,5	58,4±16,1	0,017**

Legenda: ACeS = Agrupamento de Centros de Saúde.

* Teste Exato de Fisher

** Teste U de Mann-Whitney

prevalente nas famílias nuclear e reconstruída as classes de *Graffar* média e média-alta. Nas restantes tipo-

logias de família foram mais prevalentes as classes média e média-baixa de *Graffar* (Tabela 5).

A classe de *Graffar* foi significativamente diferente consoante a idade da pessoa com PD, apresentando os indivíduos mais novos um maior nível socioeconómico quando comparados com indivíduos mais velhos ($p<0,001$) (Tabela 6).

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado analisando os dados do mundo real, colocados em registos eletrónicos, de médicos de família da região Centro de Portugal trabalhando em ACeS aleatorizados para estudo das características sociodemográficas associadas à PD.

Verificou-se que a prevalência da PD nos ACeS considerados, em dezembro de 2022, foi superior no sexo feminino, o que está de acordo com o descrito na literatura nacional e internacional.^{1-2,14} A OMS reconhece que a PD é cerca 1,5 vezes mais frequente na mulher que no homem.² No presente estudo esta relação entre sexos foi ultrapassada, tendo-se verificado que 78,5% dos doentes com PD eram do sexo feminino, ou seja, a doença era cerca de 3,5 vezes mais frequente na mulher que no homem. A nível nacional, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, a PD afetava 251 mulheres por cada 100 homens (2,5 vezes mais).¹⁵ No entanto, a prevalência de PD no homem poderá estar subestimada, dado que os homens assumem menos frequentemente sintomas depressivos, tendem a desvalorizar a gravidade dos mesmos e procuram menos os cuidados de saúde devido à adoção do conceito tradicional de enaltecimento de valores de independência e força, manifestando-se mais por sintomas externalizantes (i.e., impulsividade, irritabilidade, alcoolismo, consumo de substâncias e outros comportamentos de risco), pelo que mais dificilmente é reconhecida.¹⁶

Quanto à idade, no presente estudo verificou-se que 75% das pessoas com PD tinha idade igual ou superior a 40 anos. Comparando estes


TABELA 4. Distribuição da idade, tipo de família e classe de Graffar de acordo com o sexo dos indivíduos com PD

	Feminino	Masculino	Valor p
Idade	58,9±16,2	57,4±16,6	<0,001*
Tipo de família, % (n) n=2.400			
Nuclear	64,6% (1.207)	68,4% (363)	0,100*
Unitária	8,0% (150)	7,7% (41)	
Alargada	10,3% (193)	8,5% (45)	
Reconstruída	5,0% (93)	5,3% (28)	
Monoparental	8,9% (167)	7,5% (40)	
Outras	3,2% (59)	2,6% (14)	
Classe de Graffar, % (n) n=2.202			
Baixa	1,2% (20)	1,7% (8)	0,182*
Média-Baixa	18,9% (326)	16,9% (81)	
Média	58,5% (1.007)	56,9% (273)	
Média-Alta	19,6% (338)	22,9% (110)	
Alta	1,8% (31)	1,7% (8)	

* Teste U de Mann-Whitney

resultados com os de um estudo realizado numa USF da Administração Regional de Saúde do Norte verificam-se semelhanças; naquele, 81,2% dos indivíduos

com PD tinham 40 ou mais anos e 60% deles tinham idade compreendida entre os 40 e os 69 anos.¹⁴ Quanto à prevalência da PD em idades superiores a 65 anos há estudos com resultados controversos, ora estimando-a mais baixa ora estimando-a mais elevada, podendo assumir valores entre os 6,4% e os 34,0%, comparando com os presentes valores de 24,0%.^{1,9,11} É possível que prevalências mais baixas de PD nos idosos se devam a subdiagnóstico, por atribuição da sintomatologia depressiva ao processo de envelhecimento ou associada a outras morbilidades ou mesmo a formas de apresentação atípica.^{11,17-22} É de salientar a suscetibilidade do idoso para a PD e para um maior risco de suicídio, devido a características de contexto como o isolamento social, a viuvez e patologias crónicas.^{1,18} Em idades mais jovens, a PD afeta cerca de 2% das crianças e 4-8% dos adolescentes.²³ A prevalência da PD na adolescência aumenta com a idade, sendo o seu diagnóstico cada vez mais frequente.²⁴⁻²⁵ Segundo uma meta-análise, a estimativa de prevalência de PD em crianças e adolescentes aumentou durante o primeiro ano da pandemia, correspondendo a 12,9%, no

TABELA 5. Classe de Graffar de acordo com o tipo de família

Tipo de família	Classe de Graffar					Total (n=2.026)	Valor p
	Baixa % (n)	Média-Baixa % (n)	Média % (n)	Média-Alta % (n)	Alta % (n)		
Nuclear	1,0% (13)	15,5% (206)	58,9% (782)	22,6% (300)	2,0% (27)	100,0% (1.328)	<0,001*
Unitária	3,7% (6)	30,9% (50)	50,6% (82)	14,2% (23)	0,6% (1)	100,0% (162)	
Alargada	0,5% (1)	15,2% (31)	73,5% (150)	10,8% (22)	0,0% (0)	100,0% (204)	
Reconstruída	0,0% (0)	19,2% (19)	49,5% (49)	26,3% (26)	5,1% (5)	100,0% (99)	
Monoparental	2,4% (4)	22,3% (37)	58,4% (97)	16,3% (27)	0,6% (1)	100,0% (166)	
Outras	4,5% (3)	38,8% (26)	44,8% (30)	10,4% (7)	1,5% (1)	100,0% (67)	

* Teste Kruskal-Wallis

TABELA 6. Classe de *Graffar* de acordo com a idade

Idade	Classe de <i>Graffar</i>					Valor p
	Baixa	Média-Baixa	Média	Média-Alta	Alta	
Q1 (P25)	46,0	43,0	46,0	47,0	48,3	<0,001*
Mediana	53,0	52,0	58,0	66,0	64,5	
Q2 (P75)	64,0	63,0	70,0	77,0	79,8	

* Teste Kruskal-Wallis

período pré-pandémico e a 25,2% durante a pandemia.²⁶ Ainda assim, a PD estará subdiagnosticada nas faixas etárias mais jovens devido à sua imaturidade cognitiva e linguística e à apresentação atípica nestas idades, manifestando-se sobretudo por irritabilidade.^{24-25,27} Os problemas/conflitos familiares são o principal contexto que leva ao surgimento de PD entre os adolescentes, um episódio de PD na adolescência prenunciando distúrbio crónico ou recidivante, dificuldades psicossociais e problemas de saúde mental. No presente estudo, a prevalência até aos 18 anos foi de 0,5%.^{22,28} Também as tentativas de suicídio na adolescência podem originar grande letalidade.²⁷ A identificação precoce de jovens com fatores de risco para a PD, conhecendo e intervindo nos diferentes contextos em que estão inseridos para minimizar os efeitos de PD é, assim, importante.^{25,29} Neste âmbito, é de realçar que, segundo evidência preventiva, o rastreio de PD à população adulta²⁹ e a adolescentes entre os 12 e os 18 anos é recomendado por haver fortes indicações sobre o seu benefício.²⁹⁻³⁰

Num total de 69.215 doentes, a tipologia familiar era conhecida em 3,5% dos casos ($n=2.400$). Relativamente ao tipo de família verificou-se que a maioria vivia em família nuclear (65,4%), 9,9% pertenciam a uma família alargada, 8,6% a uma família monoparental, 8,0% a uma família unitária e 5,0% a uma família reconstruída. Comparando com os dados dos Censos de 2021, os presentes resultados parecem ser semelhantes.³¹ A diferença reside nas famílias unitárias e monoparentais. Verificaram-se mais casos de PD em famílias monoparentais do que unitárias, enquanto a nível nacional há mais agregados unipessoais (24,8%) do que monopa-

rentais (18,5%).³¹ Estes resultados estão de acordo com outro estudo que verificou que a família nuclear não era um fator protetor de doença mental, mesmo que um outro estudo português não tenha encontrado associações significativas entre os diferentes tipos de família e a PD no doente idoso.^{11,32} Pais ou mães solteiros/as apresen-

tavam frequências mais altas de transtornos de humor, comparativamente aos casados,³³ o que pode justificar que, na presente investigação, as famílias monoparentais ocupem a terceira posição da lista de tipologias familiares mais associadas a PD. São, assim, necessários mais estudos para a compreensão desta realidade.

Em relação ao nível socioeconómico constatou-se que este era conhecido em 3,2% da amostra, pertencendo 58,1% dos doentes com PD à classe *Graffar* média. Verificou-se que havia mais doentes com PD nas classes *Graffar* média-alta e alta em comparação com as classes média-baixa e baixa, respetivamente. Apenas 1,3% dos doentes com PD estavam em classe baixa. A comparação destes resultados com os já conhecidos mostra divergências, estando os baixos níveis socioeconómicos associados a uma maior prevalência de PD.^{1,10,34} A nível nacional verificou-se uma relação entre baixo nível socioeconómico e maior prevalência de PD.¹ No contexto europeu, um estudo calculou o baixo nível socioeconómico usando o conjunto do número total de anos de escolaridade e os quintis de rendimento, tendo verificado que maiores níveis de escolaridade diminuem a probabilidade de PD, o que não acontece com o rendimento.³⁴

A limitação geográfica existe no presente estudo, uma vez que os ACeS estudados são da região Centro. A aleatorização da escolha, um ACeS de localização litoral e outro de localização interior do País, pode ser uma das razões para os resultados encontrados. Dado o impacto do baixo nível socioeconómico na prevalência de PD, sobretudo devido ao nível de escolaridade, é importante atentar nestas características de contexto, de modo a desenvolver táticas de prevenção desta patologia.^{1,10,34}



A prevalência de PD obtida nos dois ACeS estudados foi de 12,4%. Este valor é superior ao da prevalência de PD a nível nacional, que se aproxima dos 8,0%, segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria.⁴ Comparando os resultados do presente estudo com os dados da região Centro, os valores são semelhantes: a taxa de prevalência de PD era de 13,2% em 2018,¹ sendo esta a região do país onde se verificou a maior proporção de utentes com registo da patologia em 2016.³⁵ Este facto pode estar relacionado com uma grande frequência desta perturbação na região Centro, mas também com a acessibilidade aos cuidados de saúde e às práticas de diagnóstico e codificação nos CSP.¹

A prevalência de PD no ACeS Dão Lafões (13,3%) foi superior à registada no ACeS Pinhal Litoral (11,5%), sugerindo uma variação geográfica desta patologia na região Centro, menor no litoral. De acordo com o Perfil Regional de Saúde da Região Centro, em 2021 o número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional por 1.000 habitantes da população ativa, a proporção da população que recebia rendimento social de inserção, pensão da Segurança Social e subsídio de desemprego era superior no ACeS Dão Lafões comparativamente ao que se verificou no ACeS Pinhal Litoral.³⁶ Com base nesse mesmo documento, as taxas de abandono escolar e de analfabetismo são superiores no ACeS Dão Lafões comparativamente ao ACeS Pinhal Litoral, que conta com maior proporção da população com o ensino secundário e superior em relação ao primeiro ACeS.³⁶ Tendo em conta os dados supracitados, os resultados deste estudo corroboram o que é descrito na literatura: a PD relaciona-se positivamente com o desemprego³⁷ e é mais prevalente nas pessoas mais pobres e com menor nível de escolaridade.^{1,10} Assim, a maior prevalência de PD no interior do país em comparação com o litoral pode igualmente dever-se à diferença das características da população destas regiões. No entanto, estes dados dependem da codificação ativa do problema, pelo que podem não refletir de forma real a prevalência da doença nos ACeS. Neste âmbito, segundo dados do SNS, em dezembro de 2022 havia maior taxa de utilização de consultas e maior percentagem de utentes com médico de família atribuído no ACeS Dão Lafões comparativamente ao ACeS Pinhal Litoral.¹³ Deste modo, a diferente acessibilidade aos CSP entre estas regiões pode-

rá condicionar diferenças na frequência do diagnóstico de PD e explicar a sua maior prevalência no interior do nosso país em comparação com o litoral. Para esclarecer esta questão é necessária mais investigação que estude a população destas regiões. No entanto, é de realçar o papel fundamental do médico de família no diagnóstico de PD que, devido à prestação de cuidados de proximidade e longitudinalidade ao doente, conhece parte do seu contexto.

No presente estudo verificou-se também que no ACeS Dão Lafões a média das idades dos doentes com PD e sua prevalência no sexo feminino (79,0%) eram superiores às do ACeS Pinhal Litoral, onde as mulheres representavam 78,0% dos doentes. Estes resultados coincidem com a distribuição dos utentes inscritos nestes ACeS em relação ao sexo e faixa etária: em Dão Lafões há maior proporção de mulheres inscritas nos CSP e mais utentes que pertencem a faixas etárias mais avançadas em comparação com Pinhal Litoral.³⁸⁻³⁹

Verificou-se que os doentes do sexo masculino eram, em média, de idade mais nova comparativamente aos do sexo feminino, com uma diferença significativa, o que está de acordo com outros estudos, indicando que crianças do sexo masculino são mais propensas à PD, observando-se um pico na diferença de prevalência de PD entre géneros na adolescência.^{23,40-41} Entre os 15-19 anos, a prevalência de PD atinge o dobro das mulheres relativamente aos homens, verificando-se esta tendência até aos 54 anos e declinando depois.⁴⁰ Segundo o *Relatório de Saúde Mental em Portugal*, o maior risco de perturbações de humor na mulher ocorre até aos 49 anos.¹ Os resultados obtidos no presente estudo podem também relacionar-se com a distribuição por sexo e idade dos doentes da população estudada, dado existir um predomínio de homens nas faixas etárias mais jovens e um maior número de mulheres nas restantes, à semelhança do que acontece na população portuguesa à data deste estudo, e dada a maior esperança de vida do sexo feminino.^{38-39,42}

Quanto ao tipo de família por sexo verificou-se que, sem diferença significativa, nas famílias nucleares e reconstruídas, os homens apresentam maior prevalência de PD em comparação com as mulheres. Nas restantes tipologias familiares, as mulheres têm maior prevalência de PD comparativamente aos homens. Neste âmbito, um estudo descreve que o divórcio tende a causar



mais episódios depressivos em homens do que em mulheres e que a perda da custódia do filho pode ser muito difícil para o sexo masculino.¹⁶ Estes factos poderão explicar a maior prevalência de PD no homem nas famílias reconstruídas. O casamento ou coabitação são importantes fatores atenuantes de PD em ambos os sexos, influenciando o trabalho doméstico a prevalência de PD no homem, mas não na mulher.⁸ A viuvez e a condição de solteiro apresentaram-se como fatores de risco mais significativo para esta patologia em homens que em mulheres.⁸ No entanto, as diferenças encontradas no presente estudo em relação ao impacto do tipo de família na PD entre o sexo feminino e o sexo masculino não revelaram diferença significativa. Assim, as diferenças encontradas poderão relacionar-se com a distribuição do tipo de família por sexo, uma vez que no nosso país existe um maior número de famílias monoparentais e unipessoais femininas do que masculinas³¹ e também com o trabalho médico de classificação ICPC-2.

Nas classes baixa e média-alta a prevalência de PD era superior no homem e em todos os restantes níveis socioeconómicos a prevalência desta patologia era superior no sexo feminino. Os resultados de uma meta-análise indicaram que o desemprego tinha mais efeitos negativos na saúde mental do homem, o que neste estudo se pode ter verificado, pois na classe baixa a PD era mais frequente no sexo masculino.⁴³ Os resultados da presente investigação refutam a ideia de que o tipo de família e o nível socioeconómico sejam características de contexto que expliquem a diferença de prevalência de PD entre os dois sexos.

No estudo presente verificou-se que o nível socioeconómico foi significativamente diferente consoante o tipo de família do doente com PD, nas famílias nuclear e reconstruída, sendo mais prevalentes as classes de *Graffar* média e média-alta. Nas restantes tipologias de família prevaleceram as classes média e média-baixa de *Graffar*. Na atualidade constata-se um conjunto de fatores socioeconómicos, nomeadamente o aumento da inflação e do custo de habitação e a precariedade no mercado de trabalho e salarial, que poderá explicar a necessidade de os filhos permanecerem em casa dos pais, juntamente com os seus descendentes e eventualmente com os seus cônjuges/companheiros. Um estudo sociológico alertou para a dependência econó-

mica, social e residencial na monoparentalidade, refletindo a sua particular vulnerabilidade.⁴⁴ Nos últimos anos tem-se verificado um aumento do índice de envelhecimento e da esperança média de vida em Portugal, o que leva a que muitos idosos passem a viver com os seus descendentes, criando famílias alargadas.⁴⁵⁻⁴⁶ As famílias monoparentais são particularmente vulneráveis em termos económicos, ao passo que as famílias unipessoais no nosso país são sobretudo constituídas por mulheres, com 65 ou mais anos, não ativas, principalmente reformadas, com escolaridade até ao ensino básico.^{31,44} Estes resultados são discordantes dos de outro estudo realizado com dados dos processos familiares de um médico de família no Centro de Portugal, no qual se verificou não existir diferença significativa quando avaliada a relação entre os tipos de famílias e o índice de *Graffar*.⁴⁷

A classe de *Graffar* era significativamente diferente consoante a idade do doente com PD, tendendo os doentes mais novos a apresentar maior nível socioeconómico comparativamente aos mais velhos. De acordo com os Censos de 2021, a população mais jovem tem associado um nível de escolaridade mais elevado.⁴⁸ Assim, presume-se que as faixas etárias mais jovens alcancem uma profissão de nível mais elevado e, consequentemente, obtenham melhores rendimentos e condições de alojamento, logo, com maiores níveis socioeconómicos.

Uma limitação do presente estudo é a sua limitação geográfica, uma vez que foi realizado com base em dados de doentes de dois ACeS pertencentes à ARSC. Com vista a obter mais informação acerca deste assunto será importante realizar um estudo com dados de doentes inscritos num maior número de ACeS, preferencialmente de várias regiões do país.

Ainda como limitação deve ser salientado que o tipo de família e a classe de *Graffar* eram conhecidos numa pequena percentagem dos doentes com PD. Parece ser importante incentivar o registo destes dados nos processos clínicos. Pode ser que os médicos não criam no *Graffar*, mas o tipo de família deveria estar registado na especialidade de medicina geral e familiar, dada a importância do contexto.⁴⁹⁻⁵⁰ Os dados obtidos resultam da introdução, como problema crónico, da DP, o que os faz depender da existência e do rigor dos registos médicos, das práticas de diagnóstico e de codificação ICPC-2.



Apesar de o diagnóstico de PD se basear em critérios bem definidos, a sensibilidade para o realizar depende do médico, do doente e dos fatores ambientais da consulta.

Sugere-se a realização de um estudo observacional de coorte prospetiva com pessoas sem diagnóstico e verificação de futuro diagnóstico de PD. Sugere-se ainda o uso de instrumentos de rastreio, simples, fiáveis e sensíveis, e de curto tempo de aplicação, a que se devem seguir outros com índole diagnóstica, se necessário, especialmente nas pessoas em contexto mais favorável à PD.^{30,51}

CONCLUSÃO

Em dois ACeS da região Centro, aleatoriamente selecionados e à data de 31 de dezembro de 2022, verificou-se uma prevalência de 13,4% de PD, mais frequente no sexo feminino, em idade igual ou superior a 40 anos, vivendo em família nuclear e na classe *Graffar* média.

Pessoas com PD do sexo masculino eram, em média, mais novas (57,4 vs 58,9 anos; $p < 0,001$). A classe de *Graffar* era significativamente diferente segundo o tipo de família ($p < 0,001$) e segundo a idade da pessoa ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças significativas entre sexos, em relação ao tipo de família e à classe de *Graffar*.

O reconhecimento deste perfil alerta para a necessidade de rastreio de sintomatologia depressiva, em particular em pessoas com idade igual ou superior a 40 anos, que vivem numa família nuclear e pertencem à classe *Graffar* média, permitindo abordagens preventivas, diagnóstico mais precoce e tratamento mais adequado, em particular no sexo masculino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década [Internet]. Lisboa: CNS; 2019 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [homepage]. Geneva: WHO; 2023 Mar 31 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal [Depressive disorder burden: global epidemiological issues and information needs in Portugal]. *Acta Med Port.* 2005;18(2):129-46. Portuguese
4. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Depressão [homepage]. Lisboa: SNS 24; [updated 2023 May 10; cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/#>
5. ICPC-2: Sistema auxiliar de classificação [homepage]. Daniel Pinto; s.d. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <http://icpc2.danielpinto.net/P/7/P76/>
6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [homepage]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
7. Dobson KS, Dozois DJ. Risk factors in depression. Elsevier Academic Press; 2008.
8. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries: cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010;71(2):305-13.
9. Almeida JM, Xavier M. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º relatório [Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas; 2013 [cited 2023 Aug 25]. Available from: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
10. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:14.
11. Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: prevalência e factores associados [Depression in the elderly: prevalence and associated factors]. *Rev Port Clin Geral.* 2010;26(4):384-91. Portuguese
12. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. Tipos de família. In: *Novos tipos de família* [Internet]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/tipos-de-familia.pdf>
13. Serviço Nacional de Saúde. Utentes inscritos em cuidados de saúde primários [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2023 [updated 2023 Sep 4; cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>
14. Correia S, Santos M, Sobral D. Depressão: um problema por resolver? [Depression: an unsolved problem?]. *RevADSO.* 2018;(8):16-22. Portuguese
15. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito nacional de saúde: 2019 [Internet]. Lisboa: INE; 2020 June 26 [cited 2023 Aug 25]. Available from: file:///C:/Users/21961/Downloads/26InqNacSa%C3%BAde2019_Retif.pdf
16. Affleck W, Carmichael V, Whitley R. Men's mental health: social determinants and implications for services. *Can J Psychiatry.* 2018;63(9):581-9.
17. World Health Organization. Mental health of older adults [homepage]. Geneva: WHO; 2023 Oct 20. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
18. Pais J, Abreu AT, Pina C. Depressão no idoso [homepage]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2016 Dec 09 [updated 2024 Jan 31; cited 2023 Aug 25]. Available from: https://metis.med.up.pt/index.php/Depress%C3%A3o_no_idoso
19. Buckley MR, Lachman VD. Depression in older patients: recognition and treatment. *JAAPA.* 2007;20(8):34-41.
20. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(2):469-87.



21. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med*. 2018;11:113-20.
22. Shahpesandy H. Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuro Endocrinol Lett*. 2005;26(6):691-5.
23. Costa MH. Depressão na criança e adolescente [homepage]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2018 Sep 23 [updated 2024 Jan 31; cited 2023 Aug 26]. Available from: https://metis.med.up.pt/index.php/Depress%C3%A3o_na_crian%C3%A7a_e_adolescente
24. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R. Diagnosis and management of depression in adolescents. *CMAJ*. 2023;195(21):E739-46.
25. Resende C, Santos E, Santos P, Ferrão A. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade? [Depression in adolescents: myth or reality?]. *Nascer Crescer*. 2013;22(3):145-50. Portuguese
26. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1142-50.
27. Crujo M, Marques C. As perturbações emocionais: ansiedade e depressão na criança e no adolescente [Emotional disturbances: anxiety and depression in children and adolescents]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(5):576-82. Portuguese
28. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
29. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2023;329(23):2057-67.
30. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2022;328(15):1534-42.
31. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os censos sobre as estruturas familiares – 2021 [homepage]. Lisboa: INE; 2023 [cited 2023 Aug 25]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66321126&PUBLICACOESmodo=2
32. Castelo Branco AE. A relação entre os tipos de família e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2013. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/79771>
33. Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *Can J Psychiatry*. 2011;56(9):567-73.
34. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016;16(1):1098.
35. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a saúde mental 2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [cited 2023 Aug 26]. Available from: http://www.ferdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
36. Serviço Nacional de Saúde. Saúde pública: perfil regional de saúde [homepage]. Departamento de Saúde Pública da ARS Centro; 2022 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.arscentro.min-saude.pt/saude-publica/perfil-regional-de-saude/>
37. Coelho IL, Sousa-Uva M, Pina N, Marques S, Matias-Dias C, Rodrigues AP. Crise económica em Portugal: evolução da incidência de depressão e correlação com o desemprego [Economic crisis in Portugal: trajectory of the incidence of depression and correlation with unemployment]. *Acta Med Port*. 2021;34(4):278-82. Portuguese
38. Serviço Nacional de Saúde. ACeS Dão Lafões: bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/Pages/default.aspx>
39. Serviço Nacional de Saúde. ACeS Pinhal Litoral: bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2022 [cited Aug 27]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>
40. Faravelli C, Scarpatò MA, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):1301-3.
41. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783-822.
42. Pirâmides populacionais do mundo desde 1950 até 2100: Portugal 2022 [homepage]. PopulationPyramid.net; s.d. [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2022/>
43. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264-82.
44. Marinho S. Famílias monoparentais em Portugal: linhas de continuidade e de transformação nas duas últimas décadas. In VIII Congresso Português de Sociologia – 40 Anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas, Évora, April 14-16, 2014 [cited 2023 Sep 02]. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/20831>
45. PORDATA. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento [homepage]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; s.d. [updated 2023 Aug 07; cited 2023 Sep 03]. Available from: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
46. PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo [homepage]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; s.d. [cited 2023 Sep 03]. Available from: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo>
47. Bispo RM, Santiago LM, Rosendo I, Simões JA. Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal [Family risk, socioeconomic classification and multimorbidity in general and family medicine in Portugal]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2022;38(2):149-56. Portuguese
48. Instituto Nacional de Estatística. Censos: resultados definitivos – 2021 [homepage]. Lisboa: INE; 2022 [cited 2023 Sep 02]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2
49. Yaphe J. Is the family APGAR dead? A reappraisal of family assessment tools in Portugal. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29(1):14-5.
50. Santos P, Sá AB, Santiago L, Hespanhol A. A árvore da WONCA:



tradução e adaptação cultural para português [The WONCA tree: Portuguese translation and cultural adaptation]. Rev Port Med Geral Fam. 2021;37(1):28-35. Portuguese

51. U.S. Preventive Services Task Force [homepage]. Available from: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=depression

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, SPH, LMS e CSC; metodologia, SPH, LMS e CSC; *software*, SPH, LMS e CSC; validação, SPH, LMS e CSC; análise formal, SPH, LMS e CSC; investigação, SPH, LMS e CSC; recursos, SPH, LMS e CSC; gestão de dados, SPH, LMS, CSC; redação do *draft* original, SPH, LMS e CSC; revisão, validação e edição, SPH, LMS e CSC; visualização, SPH, LMS e CSC; super-

visão, LMS e CSC; administração do projeto, LMS. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago

E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 29-12-2023

Aceite para publicação em 07-08-2024

ABSTRACT

DEPRESSIVE DISORDER PROFILE IN CENTRAL PORTUGAL

Objectives: To study the profile of depressive disorder (DD) according to sex, age, family type, and socioeconomic level, in Central Portugal.

Methods: Cross-sectional observational study with data from persons with DD, according to International Classification of Primary Health Care – 2nd edition codings, on 31st December 2022, in two Health Centres Groups (HCG) from the Central Region of Portugal, Pinhal Litoral, and Dão Lafões, randomly selected, health care centres clusters. Data were received from the informatics services of the Regional Health Administration of the Centre, assuring anonymity.

Results: In a population of $n=556,332$, a $n=69,215$ (12.4%) prevalence of DD in December 2022, 13.3% at Dão Lafões and 11.5% at Pinhal Litoral was found. Women represented 78.5% and 75.0% were aged 40 years or older. Of the 2,400 (3.5%) DD cases whose family type was known, 65.4% lived in a nuclear family. Of the 2,202 (3.2%) whose Graffar socioeconomic status was known, 58.1% were in the medium class. Males with DD were, on average, younger than female DDs (57.4 vs 58.9 years; $p<0.001$). The Graffar class was significantly different according to the type of family ($p<0.001$) and according to the DD's age ($p<0.001$).

Discussion: In 2022, the prevalence of DD in the studied HCGs was higher in females and those aged 40 years or older, similar to what is described in the literature. Male DDs may be underdiagnosed. The higher prevalence of DD cases in the medium and medium-high Graffar classes is a matter for future studies.

Conclusion: In the Portuguese Central Portugal primary health care ambience, DD was mainly frequent in females, persons aged 40 years or over, living in a nuclear family, and being in the Graffar medium class. Family type and Graffar were underfilled.

Keywords: Depressive disorder; Primary health care; Population characteristics; Prevalence.