

O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal*.

RICARDO M. GUSMÃO, MIGUEL XAVIER, M.^a JOÃO HEITOR, ANTÓNIO BENTO, J. M. CALDAS DE ALMEIDA
Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mantal. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

Introdução: A depressão é uma das patologias que mais sobrecarrega a nossa sociedade sendo previsível um incremento desse peso no futuro. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, nem sempre a depressão é bem identificada e tratada.

Objectivos: Rever o peso das perturbações depressivas e descrever a lacuna de informação epidemiológica em Portugal.

Métodos: Pesquisa bibliográfica realizada em várias bases de dados, nomeadamente Medline e Índice das Revistas Médicas Portuguesas e Biblioteca Nacional, com particular saliência para estudos de revisão, meta-análises e citação em artigos de referência.

Resultados: A sobrecarga das perturbações depressivas está bem estabelecida e com precisão crescente permitindo um melhor planeamento da saúde e acesso a tratamento. Em Portugal, apesar das necessidades, a escassez de dados e o défice metodológico dos estudos são a regra, não estando ainda disponíveis quaisquer dados fiáveis de prevalência.

Conclusões: Em Portugal, a dimensão de todos estes problemas só poderá ser avaliada de forma global e cientificamente fundamentada, quando forem efectuados estudos epidemiológicos em vários contextos e com populações representativas do país.

Palavras-chave: Perturbações Mentais, Depressão, Perturbação Depressiva, diagnóstico, epidemiologia, incidência, prevalência, risco, sobrecarga, mortalidade, suicídio.

* Realizado com o apoio: Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

SUMMARY

DEPRESSIVE DISORDER BURDEN

Global epidemiological issues and information needs in Portugal

Introduction: Modern societies at present are heavily burdened by depressive disorders but a further increment of negative impact is predictable in years to come. Though there are effective treatments available these disorders are infrequently recognised and managed.

Objectives: To review depressive disorders burden focusing the epidemiological information gap in Portugal.

Methodology: Bibliographic search using Medline, the Index of Portuguese Medical Journals and the National Library, as well as other sources, with particular focus for review studies and cross-references.

Results: Burden of depressive disorders is well established worldwide with increasing accuracy allowing for better health planning and treatment access. In Portugal, in spite of the need, scarcity of data and methodological inadequacy are the rule, with no precise prevalence data available.

Conclusions: The true dimension of depression burden issues in Portugal will only be globally and scientifically assessed through epidemiological studies in various settings with representative national populations.

Keywords: Mental Disorders, Depression, Depressive Disorder, diagnosis, epidemiology, incidence, prevalence, risk, burden, mortality, suicide.

INTRODUÇÃO

A Depressão é um dos problemas mais graves de Saúde Pública com que se debatem os países industrializados. Desde 1996 que se tornou inviável não reconhecer o verdadeiro peso da patologia mental, para o indivíduo e para a comunidade, tanto em termos absolutos como em comparação com outras patologias.

Até então, a mortalidade era a principal medida para estabelecer a gravidade das patologias e determinante para a tomada de decisões políticas e financeiras no âmbito do planeamento em saúde. A morbilidade, mais difícil de medir, era relegada para segundo plano. Por outro lado, estas duas estatísticas não permitiam comparar a custo-efectividade relativa de diferentes intervenções.

Este panorama mudou com o projecto GBD - *Global Burden of Diseases* -, suportado pelo Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo de estabelecer uma medida que permitisse a avaliação do peso efectivo de 107 patologias, pela consideração simultânea da mortalidade e morbilidade de cada uma delas¹.

De um ponto de vista científico, o GBD é uma síntese de informação epidemiológica de cada uma dessas patologias, dizendo respeito à incidência, prevalência, duração, gravidade, incapacidade associada, idade de início, curso, taxas de tratamento e mortalidade das patologias

estudadas, bem como a esperança de vida das populações.

Quando se combina mortalidade e morbilidade – esta última medida por anos vividos com incapacidade (YLD)ⁱ – e se calcula o tempo de vida saudável perdido (DALY)ⁱⁱ –, o reconhecimento do peso da doença mental torna-se inegavelmente evidente. Deste modo, as perturbações mentais ombreiam em gravidade com as patologias cardiovasculares e respiratórias, ultrapassando o conjunto das neoplasias e das patologias secundárias à infecção por HIV.

O GBD apontava para que em 1990 a depressão *major* unipolar fosse a principal causa de anos vividos com incapacidade (YLD) e a quarta causa mais importante de anos de vida com saúde perdidos (DALY). Nas sociedades desenvolvidas, nas quais Portugal se integra, já era a segunda causa de DALY em 1990 sendo previsível que em 2020 constitua a principal causa nos países ocidentais e a segunda a nível mundial¹. O GBD demonstrou claramente que a depressão é o problema de saúde mais incapacitante e que maior sobrecarga inflige em todo o mundo¹.

Outros dados epidemiológicos, ao nível da população geral, dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares não psiquiátricos e psiquiátricos, permitem tomar contacto não só com esta dimensão do problema - o

ⁱYears Lost due to Disability (YLD), por vezes com a tradução literal para português de Anos Vividos com Incapacidade (AVI).

ⁱⁱO Disability-Adjusted Life Year (DALY), ou Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (AVAI) em português, é uma medida de sobrecarga de doença que reflecte tanto a morbilidade como a mortalidade gerada por essa doença. Um DALY é um ano perdido de vida com saúde. Por exemplo, para calcular os DALY que resultam dos episódios depressivos em Portugal no ano de 1990, devem-se adicionar o total de anos de vida perdidos em virtude de suicídio nesse ano e o total de anos vividos com incapacidades pelos restantes indivíduos.

peso da depressão – bem como com uma fundamental questão associada e ainda não resolvida, centrada no défice de tratamento das perturbações depressivas².

O conhecimento das perturbações depressivas no que diz respeito a taxas de incidência e prevalência, ao risco, à idade de início, à duração dos episódios, às diferenças de género, à mortalidade associada, às incapacidades geradas e à qualidade de vida, à comorbilidade, à eficácia e efectividade dos tratamentos disponíveis, aos custos directos e indirectos e à evolução de alguns destes itens no tempo, em contraponto com informação sobre utilização de serviços, vias de acesso aos cuidados, reconhecimento dos síndromes e seu tratamento pelos médicos, permite ilustrar a extensão do problema.

Sendo esta informação importante para o planeamento em saúde e para orientar a decisão financeira e política, torna-se importante verificar até que ponto tem sido recolhida no nosso país, e em caso negativo, se é pertinente que seja alvo de colheita.

MÉTODOS

A Medline e a ISI-Web foram pesquisadas para recolha de artigos originais, que ilustrassem o peso e a lacuna no tratamento das perturbações depressivas; foram introduzidas as expressões *depress/** para o título, e como palavras-chave, isoladas ou em combinação, *epidemiology, incidence, prevalence, risk, mortality, suicide, morbidity, disability*, quality of life, burden, comorbidity, cost, utilization, treatment, primary care* e *psychiatric care*. Foram em particular pesquisados artigos com a especificação *Review* e *Meta-analysis*. Outros artigos e documentos poderão ter sido incluídos por estarem referenciados em índices de artigos de referência.

Para sistematizar a informação disponível em Portugal, foi realizada uma revisão bibliográfica de textos de autores portugueses ou outros incidindo sobre a realidade nacional, preferencialmente traduzível em elementos quantitativos (p.e. taxas de prevalência), com os termos *depressão* e *perturbação(ões) depressiva(s)* nas bases de dados do Índice Médico Português, *websites* de Faculdades de Medicina e de Psicologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Biblioteca Nacional e no índice dos documentos recolhidos desta forma e de outros documentos.

Foi igualmente consultado material não publicado, ou documentação interna, de diversos organismos nacionais e de autores individuais, que foram abordados directamente quando necessário.

Impõe-se uma advertência em relação às dificuldades verificadas na realização da pesquisa da bibliografia portuguesa: a indexação em bases de dados é incompleta, os

motores de busca nacionais são pouco fiáveis e há um grande número de publicações sem *peer-review* e de edição volátil; é assim provável que existam estudos quantitativos nacionais não contemplados nesta revisão.

RESULTADOS

I – O peso da depressão

Incidência e prevalência de depressão na população geral

Quanto à incidência da depressão *major*, a taxa que abrange exclusivamente indivíduos cuja doença teve início durante um período de tempo bem definido, são de salientar três estudos prospectivos de base populacional que focam a incidência das perturbações depressivas avaliadas por critérios de diagnóstico padronizados: o estudo de Lundby na Suécia^{3,4}, o estudo *Epidemiological Catchment Area* (ECA) nos Estados Unidos⁵⁻⁷ e o estudo de Camberwell no Reino Unido⁸.

O estudo na comunidade geograficamente bem definida de Lundby, na Suécia, com início em 1947 e término em 1972, envolveu no início 2550 residentes avaliados com regularidade por psiquiatras os quais aplicaram critérios de diagnóstico para depressão bem definidos e constantes ao longo desse período de 25 anos.

Na coorte de 1957 de Lundby (n=2612), a incidência anual (ajustada para a idade), de episódios inaugurais de depressão (primeiros episódios) foi de 4.3/1000 no sexo masculino e 7.6/1000 no sexo feminino³.

As taxas de incidência foram aumentando ao longo dos vinte e cinco anos mas esse aumento foi maior no sexo feminino; a taxa de incidência geral foi de 0.14% durante o período de 1947/1957 e de 0.37% durante o período 1957/1972. Para as mulheres estes valores foram de 0.41% e 0.77%⁴.

No ECA, que abrangeu cinco centros e mais de dez mil pessoas, com início em 1981, cerca de 80% dos respondentes à entrevista inicial foram reavaliados um ano depois. As taxas de incidência anual de depressão *major*, classificada pela terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), foram de 1.1% para o sexo masculino e 1.98% para o sexo feminino⁵.

No censo de *follow-up* conduzido entre 1993 e 1996, restringido a Baltimore (ECA), cerca de 12.6 anos (tempo mediano) após a entrevista inicial em 1981, a taxa de densidade de incidência de depressão *major* segundo critérios da DSM-IV foi de 0.003 por ano, ou seja 3.0/1000 pessoas por ano⁵. Esta incidência é inferior à estabelecida no *follow-up* de um ano realizado previamente que foi de 9.4/1000 por ano. Esta diferença, em que a taxa anual é

tripla da do período de mais de doze anos pode ser atribuída à interferência da passagem do tempo na memória pelo que a taxa apurada na década de oitenta estará mais próxima da realidade⁷.

Eaton *et al*⁶ apuraram igualmente que nos cinco centros de investigação do ECA a taxa de incidência anual de depressão *major* foi de 15.9/1000 pessoas por ano de *follow-up*.

Ainda no ECA, a distímia, perturbação depressiva persistente que requiere uma duração dos sintomas de pelo menos dois anos, foi avaliada com base em toda a vida. Ainda assim, 2.2% dos sujeitos desenvolveu um episódio novo ou recorrente na segunda fase de avaliação, um ano depois⁷.

Um outro estudo epidemiológico relevante para o cálculo de taxas anuais de incidência foi o de Camberwell, no Reino Unido⁸. Neste estudo houve um *follow-up* de 18 anos com taxas de incidência anual para a depressão severa de 0.29% no sexo masculino e 0.52% no sexo feminino; na depressão moderada os valores correspondentes foram respectivamente 0.85% e 1.69% e para a depressão não especificada de outro modo, 0.30% e 0.49%.

Assim, relativamente à incidência de depressão, e para resumir, esta tem vindo a aumentar nos últimos anos, oscilando entre 4 a 20 novos casos por cada mil residentes por ano.

A prevalência de depressão refere-se sempre ao número de pessoas que apresentam a perturbação em causa num determinado momento, independentemente de quando possa ter tido início. Compreende vários tipos: prevalência pontual – a proporção de indivíduos que apresentam a perturbação numa data específica – ou prevalência periódica, por exemplo anual, que corresponde à proporção de indivíduos que apresentam a perturbação no período de um ano. Deve também considerar-se a prevalência vital, que diz respeito ao número de indivíduos alguma vez afectados por depressão durante toda a sua vida: esta é uma medida que depende em elevado grau da memória do indivíduo e que corresponde à estimativa do risco de sofrer de depressão no decurso da vida.

A prevalência de depressão varia igualmente consoante o local de prestação de cuidados onde ocorre a recolha da informação, i.e., na população geral, nos cuidados de saúde primários, nos hospitais gerais ou estruturas prestadoras de cuidados psiquiátricos especializados, reflectindo desse modo as vias de acesso aos cuidados pelos indivíduos com perturbação mental⁹⁻¹².

Verifica-se também alguma variabilidade das taxas de

prevalência entre centros com diferentes culturas e localização geográfica, apesar de metodologia idêntica na recolha e análise da informação. Por exemplo, em estudos europeus de primeira geração na população geral, utilizando os critérios da oitava versão da *International Classification of Diseases* (ICD-8), a prevalência a um mês oscilava entre 4.6. e 7.4%, a prevalência a seis meses era de 1.2 a 5.3% e a prevalência a um ano oscilava entre 2.7 e 6.3%¹³.

Assim, a depressão é uma perturbação psiquiátrica muito comum. Para a depressão *major* – a forma mais grave e pervasiva de depressão também designada por episódio depressivo – verifica-se uma prevalência pontual ao nível da população geral que pode variar entre 5 e 9%¹⁴⁻¹⁶.

A depressão *major* afecta anualmente cerca de 21 milhões de cidadãos norte-americanos adultos^{2,17,18}. No estudo ECA a prevalência anual para qualquer perturbação afectiva foi de 9.5%: 1.2% cumpriam critérios para perturbação bipolar, 5.0% apresentava depressão *major* unipolar e 5.4% sofria de distímia. Entre a população afectada por distímia cerca de 40% apresentava critérios de diagnóstico de uma outra perturbação depressiva (depressão dupla)⁷.

A prevalência anual de depressão *major* na população em geral no NCS – *National Comorbidity Survey* – foi de 10.3%, a de distímia 2.5% e a de qualquer tipo de perturbação afectiva 11.3% (17). No NCS-R – *National Comorbidity Survey-Replication* – a prevalência anual de depressão *major* foi de 6.6%¹⁹.

No estudo multicêntrico europeu ODIN – *European Outcome of Depression International Network* –, em que foi feito recurso à entrevista semi-estruturada SCAN – *Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry*²⁰ – para estabelecer diagnósticos da ICD-10^{21,22} e/ou DSM-IV²³, a prevalência pontual de qualquer tipo de perturbação depressiva foi de 8.6%, para a depressão *major* 6.6%, para a distímia 1.0% e para as reacções depressivas 0.3%¹⁴. Noutro estudo multicêntrico europeu, o DEPRES – *Depression Research in European Society* – a prevalência semestral de depressão foi 17%²⁴.

Quanto à prevalência vital, estima-se que 17% de toda a população norte-americana sofra pelo menos um episódio de depressão *major* num qualquer momento das suas vidas, ou seja, cerca de um em cada seis americanos adultos^{2,17,18}.

Num estudo realizado na Islândia foi seleccionada uma coorte de 5395 indivíduos que nasceram entre 1895 e 1897 e que sobreviveram pelo menos até 1910. Esta coorte foi seguida até 1957. O risco de perturbações

afectivas foi de 9.4 no sexo masculino e de 14.4 no sexo feminino^{25,26}.

Até à idade de 70 anos, na coorte de Lundby, a probabilidade cumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27 % em homens e 45 % em mulheres, o que torna a depressão um dos mais importantes problemas de saúde pública, ou seja, uma em cada três pessoas experimentou pelo menos um qualquer tipo de episódio depressivo no decurso da sua vida³.

Em Edmonton, no Canadá, Newman²⁷ utilizou dados transversais para comparar os riscos de morbilidade de perturbações psiquiátricas específicas segundo a DSM-III. A principal diferença em relação a estudos longitudinais prévios foi que as taxas de incidência específicas para a idade, através das quais se calculava o risco de morbilidade, foram estimadas na base da idade de início do primeiro sintoma de uma perturbação registada retrospectivamente no momento do censo. Assim foi definido um período prévio de 15 anos, tendo-se excluído os indivíduos com uma história de perturbação precedendo este período, e constituindo os indivíduos restantes um grupo de risco para as perturbações depressivas. A morbilidade de risco para depressão *major* foi de 16.4 no sexo masculino e de 22.3 no sexo feminino sendo que esta diferença era estatisticamente significativa.

Segundo o estudo norte-americano NCS, em que é utilizado o CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*²⁸ – para produzir diagnósticos DSM-III-R, a prevalência ao longo da vida de depressão *major* é de 17.1%, de distímia 6.4% e de qualquer tipo de perturbação afectiva é de 19.6%, ou seja uma em cada seis pessoas sofre ou sofrerá de depressão *major* e uma em cada cinco pessoas sofre ou sofrerá de um qualquer tipo de doença afectiva¹⁷.

Na recente replicação deste censo, o NCS-R, utilizando igualmente o CIDI mas para estabelecer diagnósticos DSM-IV, o risco vital estabelecido para a depressão *major* foi de 16.2%¹⁹.

Em relação à distímia, definida por critérios DSM-III e fazendo uso do DIS – *Diagnostic Interview Schedule*²⁹ – para o diagnóstico, a prevalência vital varia consideravelmente entre estudos, entre 1.9 a 15.1%¹³.

Prevalência de depressão em cuidados primários de saúde

Quando a frequência da depressão se baseia na informação constante dos processos clínicos de doentes de clínica geral, as taxas de prevalência de depressão variam entre 1.5 a 4.5%². Estes valores apenas reflectem a capacidade de reconhecimento da depressão pelos clínicos gerais e que foi por eles registada. Sabe-se que esta capaci-

dade de reconhecimento é muito inferior à realidade pelo que a revisão de processos clínicos não é uma metodologia adequada para estabelecer taxas de prevalência de depressão.

Considerando-se que a verdadeira prevalência de depressão *major* nos cuidados de saúde primários (CSP), fazendo uso de critérios de diagnóstico DSM ou ICD, ronda os 10%³⁰, a capacidade de reconhecimento pelos clínicos gerais oscila entre 29 e 35%³¹⁻³³.

Considerando apenas estudos em que foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e estruturadas e critérios de diagnóstico DSM ou ICD no ambulatório de clínica geral, é referenciado um conjunto de onze estudos anglo-saxónicos realizados antes de 1993 em que a prevalência pontual de depressão *major* apresenta uma amplitude de 4.8 a 8.6%, a distímia 2.1 a 3.7% e a depressão *minor* 8.4 a 9.7%².

Outros estudos nos cuidados de saúde primários, subsequentes a 1993, obedecendo a critérios de diagnóstico semelhantes, apresentam valores de prevalência de depressão *major* similares³⁴⁻⁴⁰.

Mas mais uma vez se pode verificar uma variação assinalável nas taxas de prevalência de um país para o outro: no estudo multicêntrico da OMS, *Psychological Problems in Primary Care*, a prevalência mensal em Nagasaki, Japão, foi de 2.6%, nos países ocidentais, a prevalência mensal oscilou entre 4.6% e 17.1% enquanto que em Santiago, Chile, foi de 29.5% para uma média total para os quinze centros de 10.4%⁴¹. Esta enorme amplitude de prevalências é explicável por diferentes exposições a acontecimentos de vida e stressores ao nível da comunidade, diferenças étnico-genéticas na vulnerabilidade à depressão e diferenças na gravidade e expressão da intensidade das perturbações depressivas⁴².

Todos os tipos de perturbações emocionais do tipo depressivo são especialmente prevalentes nos cuidados de saúde primários³⁰, rondando os 20 a 25% de utentes, para a globalidade dos diferentes tipos de depressão^{2,35,36,41,43} o que faz com que estes doentes ocupem uma parte substancial da carga diária de trabalho de médicos de família, clínicos gerais e outros médicos não especialistas.

Prevalência de depressão no hospital geral

Também no ambulatório e enfermarias hospitalares, onde são assistidos doentes com doenças médicas mais graves, a prevalência pontual de perturbações afectivas é elevada calculando-se que cerca de 25% de doentes internados apresentam um síndrome depressivo⁴⁴.

De facto a depressão *major* ocorre em cerca de 20 a 25%, dos doentes afectados por neoplasia, diabetes, enfarte do

miocárdio, AVC²³, 10 a 20% dos doentes com HIV⁴⁵, até 50% dos doentes com esclerose múltipla⁴⁶, 30 a 35% dos doentes com Alzheimer e 25% dos doentes com doença de Huntington⁴⁵, até 20% dos doentes com doença de Parkinson⁴⁵, 30% dos doentes com dor crónica⁴⁵, estimando-se que também 18% dos doentes com síndrome do cólon irritável e 12% com artrite reumatóide preenchem critérios de depressão *major*^{45,47}.

Prevalência e utilização dos serviços de psiquiatria

A proporção de doentes com depressão tratados em psiquiatria varia consideravelmente consoante os locais, apesar de se considerar que os casos mais graves de depressão e com mais necessidade de tratamento especializado, casos que cumprem os critérios de doença mental graveⁱⁱⁱ, não ultrapassam a prevalência anual estabilizada de 1.1% ao nível da população geral⁴⁸.

A prevalência de qualquer tipo de perturbação depressiva em doentes consecutivos assistidos em serviços especializados de saúde mental, com diagnóstico realizado por entrevistas estruturadas e semi-estruturadas de modo a serem cumpridos critérios ICD ou DSM, oscila entre uma taxa de prevalência a duas semanas de 27.5% num estudo norte-americano em 1509 doentes⁴⁹, a 39.0% na prevalência mensal e 47.4% na prevalência anual em 563 doentes no estudo finlandês *Tampere Depression Project* (TADEP)⁵⁰. Neste projecto, a depressão *major* apresentava uma prevalência mensal em serviços de psiquiatria de 10.3%, a distímia 15.9% e as perturbações de ajustamento depressivo 6.3% enquanto que num outro estudo multicêntrico realizado nos USA, em França e na Austrália com 394 doentes, a prevalência mensal de depressão *major* era de 11.6% e a de distímia 5.0⁵¹.

Entre os doentes com depressão *major*, durante o período de um ano, 9.8% dos norte-americanos, 25.8% dos canadianos e 30.5% dos alemães recorreram a um qualquer serviço médico generalista; 20.8 dos norte-americanos e 28.9% dos canadianos recorreram a serviços especializados de saúde mental mas apenas cerca de um terço de todos estes doentes foi adequadamente tratado^{17,52,53}.

A probabilidade de um doente com depressão ser tratado num serviço de saúde mental na Holanda, no Canadá, em Porto Rico e nos USA é decrescente pela ordem citada; tal ocorre por diferenças de organização dos vários sistemas de saúde⁵⁴.

Deste modo se conclui que a prevalência tratada^{iv} de depressão em serviços de saúde mental é variável e muito baixa⁵⁵ havendo importantes lacunas e necessidades não correspondidas no que toca ao tratamento das pessoas afectadas, (Quadro I).

Quadro I - Incidência e prevalência das perturbações depressivas

	%
INCIDÊNCIA na população geral ³⁻⁵	0.4-2 †
PREVALÊNCIA	
População Geral	
depressão <i>major</i> ^{2,7,13-19}	5-9 †
	5-10.3 †
	16-22.3 §
distímia ^{7,13,14,17}	2.2-2.5 †
	2-15 §
	8.6 †
todas as perturbações depressivas ^{3,7,14,17,25-27}	9.5-11.3 †
	20-35 §
depressões graves ou muito graves ⁴⁸	1.1 †
Cuidados Saúde Primários	
depressão <i>major</i> ^{2,30,34-41}	2.6-29.5 †
distímia ^{2,41}	2.1-4.6 †
depressão <i>minor</i> ou subsindrómica ^{2,41}	8.4-16 †
todas as perturbações depressivas ^{2,35,36,41,43}	20-25 †
Hospital Geral	
todas as perturbações depressivas em doentes internados ⁴⁴	25 †
depressão <i>major</i> em doenças crónicas ^{23,45-47}	10-50 †
Serviços de Saúde Mental	
todas as perturbações depressivas ⁵⁰	39 † -47.4 †

† anual; † mensal; § vital;

Tendências temporais

No que se refere à evolução temporal da frequência das perturbações depressivas, estas parecem estar a aumentar e em particular nos mais jovens e no sexo masculino.

Em Lundby, a incidência anual da depressão com o compromisso severo ou médio aumentou para o triplo em 25 anos, de 0.18 em 1947/48 para 0.45 em 1971/72⁴. Este aumento aplica-se tanto a homens como a mulheres, com as mulheres mostrando uma incidência mais elevada do que os homens em ambos os períodos mas com uma progressão relativa superior no sexo masculino entre os 20 e os 39 anos, em que se verificou um risco de depressão dez vezes superior durante o período 1957/1972 comparativamente com o período anterior de 10 anos⁴.

Vários estudos mostram que a prevalência vital é superior nos mais jovens e que, nas últimas décadas, tem vindo a aumentar nesta faixa etária⁵⁶ e no sexo masculino⁵⁷.

Numa revisão de dez estudos na população geral e de três estudos de familiares de probandos com doenças afectivas, realizados em diferentes países, foi possível encontrar numa dezena de estudos um aumento das taxas vitais de depressão *major* nas coortes de nascimento mais jovens, geralmente naquelas em que os indivíduos nasce-

ⁱⁱⁱDo inglês *Severe Mental Illness (SMI)*.

^{iv}N.º de doentes adequadamente tratados em relação à população total.

ram depois de 1940, uma diminuição da prevalência vital nas coortes de maior faixa etária e taxas mais elevadas entre as mulheres comparativamente aos homens^{58,59}.

Os dados são consistentes com um aumento gradual das taxas de incidência e prevalência para depressão *major* nas coortes de nascimento mais recente, por exemplo, no ECA tal verifica-se em respondentes com idades entre os 15 e os 19 anos⁶⁰ bem como em amostras clínicas de crianças com idades entre os 8 e os 13 anos⁶¹.

Factores de risco da depressão

No caso de história pessoal ou familiar positiva para depressão o risco de desenvolvimento de novo episódio depressivo para o indivíduo em causa é cerca de duas a três vezes superior².

A depressão é cerca de duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens, razão que se mantém em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, primários ou especializados^{17,62,63}.

O risco é também superior em pessoas divorciadas, viúvas ou separadas, em particular do sexo masculino⁶⁴.

O risco está igualmente aumentado na presença de acontecimentos de vida negativos ocorridos no ano anterior⁶⁵, nomeadamente quando envolvem sentimentos de perda ou de humilhação⁶⁶ e quando houve perda parental precoce⁶⁷. No primeiro ano do período pós-natal, para o sexo feminino, o risco é duplo⁶⁸.

História natural da depressão

A **idade de início** é mais ou menos preponderante entre os 24 e os 35 anos⁶⁴ para ambos os sexos. Por exemplo, recorrendo aos dados do ECA, foi demonstrado que após controlo da distribuição etária da população em cada um dos centros de estudo não se obtinham diferenças de género na idade média de início da depressão *major*⁶⁹. O mesmo se passa no NCS⁶² e no estudo de Edmonton⁷⁰. Estes três estudos sugerem que a idade média de início de depressão *major* ocorre na terceira década de vida, em torno dos 25-28 anos de idade. As faixas etárias críticas para o início da depressão *major*, no ECA, são os 15-19 e os 25-29 anos⁷¹.

Tem sido verificado um aumento da prevalência da depressão *major* em adolescentes e adultos jovens, ou seja, nas coortes de nascimento mais recente⁷². Há também uma tendência para um efeito de coorte para um aumento da recorrência de depressão *major*, efeito que é reforçado quanto mais precoce for a idade de início⁷².

Quanto ao **curso**, em cerca de 20% dos casos, a depressão segue um curso crónico sem remissão⁷³, especialmente quando não é aplicado um tratamento adequado.

No estudo *Psychological Problems in Primary Care* da OMS foi estabelecido que entre os utentes dos cuidados primários com depressão, 33.5% mantinham essa condição ao fim de um ano e que os primeiros episódios duravam mais tempo⁴¹.

Um estudo longitudinal sugere que cerca de 80% dos indivíduos que experimentam um episódio depressivo *major* terão pelo menos mais um episódio durante a sua vida, com taxa de recorrência eventualmente mais alta se os episódios *minor* ou subclínicos são incluídos e aproximadamente 12% dos doentes que experimentam depressão terão um curso crónico, irremissível⁷⁴.

Quanto à **duração** dos episódios depressivos, Spijker et al⁷⁵ reportam um estudo numa amostra da população geral em que a duração mediana de um episódio depressivo em novos casos era de três meses em 50% dos casos, e um quinto dos doentes permaneciam em depressão após dois anos.

Eaton et al⁶, num follow-up de 12 anos em Baltimore (ECA), mostraram que a duração mediana dos episódios era de 12 semanas e a duração média era de 27 semanas e que 22% permaneciam cronicamente doentes.

O NCS não incluiu um follow-up longitudinal de casos mas incluía questões relacionadas com a duração de episódios prévios de depressão⁷⁶. A duração média foi de 22.6 semanas mas uma reavaliação dos dados⁷⁷ permitiu estabelecer que o tempo médio para a recuperação em 235 mulheres foi de 13 semanas.

Mortalidade associada à depressão

O risco de suicídio entre os doentes deprimidos é superior ao da população geral⁷⁸, cerca de 4% do total de doentes deprimidos morre por suicídio⁷⁹ e cerca de 15 a 20% dos doentes gravemente deprimidos põem termo à sua vida através do suicídio que, assim, permanece como um desfecho comum^{80,81}, ainda que nem sempre as mortes por suicídio sejam identificadas como tal.

Apesar do risco depressivo continuar a afectar primordialmente os idosos em dois terços dos países, como atrás vimos tem vindo a aumentar nos jovens, na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, sendo já, nestas idades, uma das três primeiras causas de mortalidade em todos os países⁸². Assim o suicídio seria um resultado directo, e um dos mais trágicos, de uma perturbação depressiva.

Mas para além da decisão de uma psique doente em *acabar com tudo*, a depressão parece produzir estragos não dependentes da vontade do indivíduo, eventualmente em relação com autonegligência e ausência de adesão a tratamentos, para além de outros mecanismos mais subtis, fisiológicos. Está bem estabelecido que o prognóstico de

doenças médicas é agravado em situação de comorbilidade com *stress* e perturbações depressivas.

Os estudos que associam depressão e morte precoce sugerem que o risco de morte por causas não naturais é maior em doentes afectados por perturbações depressivas⁸³. A sobrevida dos doentes com enfarte agudo do miocárdio e angina instável é inferior quando apresentam comorbilidade depressiva⁸⁴⁻⁸⁷, sendo igualmente verificável um aumento generalizado da mortalidade em doentes com outras patologias que estejam deprimidos^{88,89}.

Morbilidade associada à depressão

Os doentes com depressão estão sujeitos a níveis de sofrimento considerável. O facto de se tratar de uma patologia frequentemente recorrente ou crónica incrementa o sofrimento^{90,91}. Subjectivamente, os doentes referem frequentemente que a dor mental é mais difícil de suportar que a física. Por outro lado, o estigma social que afecta os portadores de doença mental é em si uma fonte de sofrimento⁹²⁻⁹⁵. Num censo realizado no Reino Unido que se destinava a apreciar as crenças estigmatizantes sobre a doença mental, os indivíduos com depressão severa foram vistos como perigosos por 22.9% dos inquiridos, considerados imprevisíveis por 56.4% e de difícil comunicação por 62.1%, parecerem diferentes por 42.6%, culpados pela sua própria situação por 12.8%, capazes de sair sozinhos da situação em que se encontram por 18.6%, nunca responderem à terapêutica por 16.0% e serem irrecuperáveis por 23.2%⁹⁶.

Os doentes com perturbação depressiva fumam mais⁹⁷, bebem mais álcool^{98,99}, utilizam mais os cuidados de saúde^{100,101} mas reportando menor satisfação em relação a estes¹⁰², e apresentam múltiplas queixas físicas^{103,104} para além de que se sofrerem efectivamente de outras doenças apresentarão menor adesão à terapêutica¹⁰⁵ e a morbilidade será maior⁸⁸. Não é assim estranho que haja uma clara diminuição da qualidade de vida dos doentes deprimidos¹⁰⁶.

A sobrecarga e o sofrimento para a família do doente deprimido é maior, por exemplo, na depressão pós-natal, em que a taxa de divórcio aumenta e se torna aparente um atraso no desenvolvimento das crianças que perdura por vários anos^{107,108}.

Os doentes deprimidos, ou apenas com sintomas depressivos, experimentam marcadas incapacidades¹⁰⁹, apresentam menor autonomia e níveis mais acentuados de dependência de terceiros, são menos produtivos e apresentam maiores níveis de absentismo e presentismo¹¹⁰. Quando apresentam comorbilidade com outras patologi-

as, as incapacidades agravam-se^{88,109}.

A depressão *major* era a primeira causa de incapacidades a nível mundial, em 1990, sendo responsável por 10.7% dos anos de vida perdidos por incapacidade (YLD), destacando-se em relação à anemia ferropénica, às quedas, ao abuso de álcool, à doença pulmonar obstrutiva crónica, à perturbação bipolar, às anomalias congénitas, à osteoartrite, à esquizofrenia e às perturbações obsessivo-compulsivas¹.

Comorbilidade de depressão com outras patologias

A comorbilidade de depressão com outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas ou médicas está presente num número muito significativo de doentes.

A comorbilidade vital de depressão *major* com perturbações de ansiedade é particularmente importante: afecta 48% de doentes com perturbação de *stress* pós-traumático¹¹¹, 50 a 60% dos doentes com perturbação de pânico¹¹², 42% dos doentes com perturbação de ansiedade generalizada¹¹³, 67% dos doentes com perturbação obsessivo-compulsiva¹¹⁴ e 34 a 70% dos doentes com fobia social sofrem de depressão comórbida^{115,116}. Inversamente, num período de 12 meses, 50% dos doentes com depressão *major* irão sofrer uma perturbação de ansiedade comórbida⁵².

Por causa desta quase indissociabilidade, e resposta eficaz aos medicamentos antidepressivos, as perturbações depressivas e de ansiedade são frequentemente designadas por perturbações mentais comuns^{9,10,117}.

A comorbilidade de depressão com perturbações de ansiedade apresenta implicações como a gravidade sintomática aumentada e remissão retardada^{118,119}. Doentes com perturbação de pânico comórbida com depressão apresentam uma prevalência aumentada de tentativas de suicídio¹²⁰. A qualidade de vida global está comprometida pelas perturbações comórbidas de ansiedade e depressão, como demonstrado pelo acréscimo de compromisso verificável nos funcionamentos mental e físico^{118,119,121}. Adicionalmente, a produtividade laboral e a assiduidade são negativamente afectadas e há um aumento da utilização de serviços médicos, de saúde mental e de assistência social¹²⁰.

Também em doentes afectados por psicoses funcionais, como na esquizofrenia, aproximadamente 57% dos doentes sofrem de depressão¹²².

Em doentes com patologia neuropsiquiátrica também é maior o risco vital de depressão *major*: 50% em doentes com esclerose múltipla⁴⁶, 30 a 35% dos doentes com Alzheimer e 25% dos doentes com doença de Huntington⁴⁵, 20% a 25% dos doentes avaliados nos dois

meses pós-AVC²³, até 20% dos doentes com doença de Parkinson⁴⁵.

A depressão *major* ocorre num número significativo de doentes com outras condições médicas: entre doentes com neoplasia, diabetes, ou que recentemente experimentaram um enfarte do miocárdio, estima-se que 20% a 25% sofram de depressão *major*²³; entre os doentes com dor crónica, estima-se que sejam 30%⁴⁵, 10 a 20% em doentes HIV⁴⁵, até 18% dos doentes com síndrome do cólon irritable e 12% com artrite reumatóide^{45,123}.

Algumas potenciais implicações da depressão comórbida com uma patologia médica somática incluem o aumento de limitações no funcionamento físico, social e ocupacional e uma maior incidência de queixas somáticas⁸⁸. Adicionalmente, a depressão comórbida pode ter efeitos fisiológicos negativos na doença médica crónica, pode aumentar as taxas de morbidade e de mortalidade, e pode diminuir a adesão ao tratamento e as hipóteses de recuperação tanto da depressão como da perturbação comórbida^{45,88}. Como já vimos, a sobrevida dos doentes com enfarte agudo do miocárdio e angina instável é inferior quando apresentam comorbidade depressiva⁸⁴⁻⁸⁷, sendo igualmente verificável um aumento generalizado da mortalidade em doentes deprimidos com outras patologias^{88,89}.

A depressão contribui também para o agravamento da saúde física¹²⁴ e de outras patologias médicas¹²⁵, como a doença coronária, a osteoporose ou a diabetes, entre outras, que por serem patologias crónicas são já fonte substancial de sofrimento e de incapacidades.

Impacto económico da depressão

A depressão *major* tem um impacto económico significativo na sociedade. Para além da utilização de serviços relacionados com o tratamento da depressão, ao qual nem sempre acedem, estes doentes tendem a ser utilizadores excessivos de cuidados médicos gerais. Foi demonstrado que os doentes com depressão utilizam os cuidados de saúde mais frequentemente de que doentes não deprimidos e de que incorrem em custos globais de saúde 1,5 a 2 vezes superiores à média de doentes não deprimidos^{100,126}. Foi igualmente demonstrado que os indivíduos deprimidos ficam mais tempo em unidades de internamento e que apresentam um funcionamento físico, social e psicológico significativamente pior que doentes não deprimidos^{100,109,127}.

O impacto económico da depressão *major* nos Estados Unidos, durante o ano de 1990, foi estudado através de uma análise baseada na prevalência da depressão e no cálculo de custos directos e indirectos. Os custos directos incluem cuidados médicos, psiquiátricos e gastos em

fármacos; os custos indirectos englobam a mortalidade por suicídios relacionados com a depressão e custos associados com a depressão no local de trabalho, ou seja, redução da produtividade e absentismo. Neste estudo, os custos totais estimados da depressão *major* foram cerca de \$44 biliões de dólares para o ano de 1990, em que 72% dos custos foram indirectos, incluindo 55% para o absentismo e 17% para a mortalidade, e 28% de custos directos compreendendo 25% para cuidados médicos e 3% para medicamentos¹²⁸.

Numa actualização deste último estudo, envolvendo a década de 1990 a 2000, o impacto económico da depressão manteve-se estável de balde mais 50% de doentes terem tido acesso a tratamento. De facto, houve um aumento de apenas 7% nos custos, de \$77.4 biliões de dólares em 1990 (ajustado à inflação) para \$83.1 biliões em 2000; neste ano, 31% deste montante correspondeu a custos médicos directos, 7% a custos relacionados com mortalidade prematura por suicídio e 62% a custos indirectos relacionados com perda de produtividade¹²⁹. Assim, parece que o maior acesso a tratamento diminui francamente os custos indirectos e aumenta ligeiramente os directos, ou seja, o gasto de dinheiro no tratamento de pessoas deprimidas tem retorno para o conjunto da sociedade.

II – A informação epidemiológica sobre depressão em Portugal

Não existem dados disponíveis de base populacional que permitam estabelecer com fidedignidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva em Portugal.

É obrigatório referir um estudo de base populacional efectuado em cinco países europeus, incluindo Portugal, com o objectivo de avaliar as relações entre sintomatologia algica e morbidade depressiva, que estabeleceu a prevalência de 2.4%¹³⁰ a 4%¹³¹ para a depressão *major*, definida segundo a DSM-IV, através de entrevistas estruturadas telefónicas, sem que todavia se encontrem discriminados os valores exactos para Portugal à excepção da prevalência pontual de 0.5% em 1898 residentes, para o subtipo mais grave, a depressão *major* com sintomas psicóticos¹³⁰.

Existem igualmente três estudos que permitem estabelecer a prevalência de sintomas depressivos na comunidade, em Portugal, que foram realizados recorrendo a uma escala de auto-avaliação, o *Beck Depression Inventory* (BDI)¹³². Dois estudos foram realizados na zona Centro revelando que 16.9% a 18.4% da população apresentava sintomas depressivos significativos^{133,134}; um outro estudo, incidindo no Algarve¹³⁵, revelou uma prevalência

Quadro II - Dados epidemiológicos de referência para as perturbações depressivas

TENDÊNCIAS TEMPORAIS	
incidência e prevalência vital ^{4,56-61}	↑ 25 anos (triplo) ↑ sexo masculino ↑ jovens
FACTORES DE RISCO	
antecedentes familiares ²	2-3 x risco
antecedentes pessoais ²	
sexo feminino ^{17,62,63}	2 x risco
não casados ⁶⁴	↑ risco
acontecimentos de vida ^{65,66}	↑ risco
perda parental precoce ⁶⁷	↑ risco
período pós-natal feminino ⁶⁸	2 x risco
IDADE DE INÍCIO ^{62,69-72}	15-19 anos 24-35 anos
CURSO ^{6,41,73,74}	12-22% cronicidade vital 33.5% cronicidade anual 80% recorrente
DURAÇÃO ^{6,75}	3 meses em 50% 2 anos em 20% sempre 22% média 27 semanas
MORTALIDADE	
por suicídio ⁷⁸⁻⁸¹	4% do total de doentes deprimidos 15-20% dos doentes com depressão grave
por causas não naturais ⁸³	↑ risco
doentes com patologias cardiovasculares ⁸⁴⁻⁸⁷	↑ risco
doentes com outras patologias médicas ^{88,89}	↑ risco
MORBILIDADE	
qualidade de vida ¹⁰⁶	↓↓↓
psicológica ⁹²⁻⁹⁶	↑ estigma ↑ álcool ↑ tabaco
física ⁹⁷⁻¹⁰⁵	↑ serviços de saúde ↑ queixas físicas múltiplas ↓ adesão à terapêutica ↑ divórcio
em terceiros ^{107,108}	↓ desenvolvimento psicomotor dos filhos
dependência : autonomia ¹¹⁰	↑ : ↓
produtividade ¹¹⁰	↓
absentismo ¹¹⁰	↑
Anos Vividos com Incapacidade ¹	10.7% [†]
Anos de Vida Ajustados por Incapacidade ¹	3.4% [‡]
COMORBILIDADE	
perturbações de ansiedade ¹¹¹⁻¹¹⁶	50-70%
psicoses funcionais ¹²²	57%
doenças neurológicas ^{23,45,46}	20-50%
outras doenças crónicas ^{23,45,47}	10-25%
CUSTOS	
utilização de cuidados de saúde ^{100,126}	1,5-2 x superior
custos directos ^{128,129}	28-38% [§]
custos indirectos ^{128,129}	72-62% [§]

[†] Mundo, 1990, % total de YLD, 1ª causa mundial;

[‡] Mundo, 1990, % total de DALY, 4ª causa mundial; [§] valores de 1990-2000 nos USA

de sintomatologia depressiva de 17.8% na população geral. Estes valores, sendo bastante similares, deverão pecar por excesso por estarem fundados única e exclusivamente na auto-avaliação. Uma metodologia minimamente fiável deveria incluir num segundo estágio a entrevista de um número significativo de respondentes através de um instrumento estruturado, do tipo do CIDI²⁸, para efeitos de confirmação diagnóstica.

Ainda em Portugal, ao nível dos cuidados de saúde primários e no âmbito do projecto dos Médicos-Sentinelas, foram estabelecidas estimativas de incidência anual de síndrome depressiva no triénio 1995-7 oscilando entre 499.2 a 529.2 por 100.000 habitantes¹³⁶⁻¹³⁸, ou seja, 0.49% a 0.53%. Estes valores são provavelmente bastante mais baixos do que a realidade uma vez que um novo caso por cada 200 indivíduos por ano corresponde à incidência mínima em estudos populacionais; a causa desta subavaliação estará relacionada com o método de definição de caso, a aferição do diagnóstico clínico pelos médicos de família que, como está bem estabelecido, tendem a não reconhecer metade ou mais dos casos de depressão³¹⁻³³. De qualquer modo, ainda que fosse um valor correcto, as taxas de incidência não capturariam a verdadeira extensão do problema ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo necessário recorrer a taxas de prevalência.

Temos conhecimento de alguns estudos para avaliação de sintomatologia psiquiátrica geral nos cuidados de saúde primários em Portugal em que foram utilizadas escalas de auto-avaliação mas sem que a sintomatologia depressiva tenha sido estimada^{139,140}.

Está em curso um estudo multicêntrico, o PREDICT, abrangendo Portugal, a Estónia, a Holanda, a Espanha, a Eslovénia e o Reino Unido, com o objectivo de calcular um indicador multifactorial predictivo de episódios depressivos nos cuidados primários. Ainda sem resultados apurados, este estudo longitudinal envolve 6000 doentes, sendo o critério diagnóstico obtido com o CIDI, o que permitirá igualmente a obtenção de valores de prevalência¹⁴¹.

A prevalência da depressão nos cuidados de saúde primários em Portugal, numa população de 927 doentes consecutivos, foi estimada em 31.6%¹⁴², correspondendo 12% a casos de depressão clínica e 19.6% a depressão subclínica. Neste estudo, houve uma identificação prévia de ansiedade e depressão realizada através de uma entrevista semi-estruturada da autoria dos próprios investigadores com subsequente aplicação dos *Bedford College Criteria*^{143,144}. Estes critérios permitem distinguir entre casos de depressão clínica, de depressão subclínica, de ansiedade, de ansiedade subclínica e casos mistos mal

definidos.

Mas esta não é actualmente uma metodologia validada e aceite internacionalmente em estudos epidemiológicos de patologia mental nos cuidados de saúde primários. De facto, o desenho adequado constaria do despiste inicial de possíveis casos de depressão através de um instrumento padronizado de auto ou hetero-avaliação seguindo-se uma entrevista estruturada ou semi-estruturada, igualmente padronizada, de uma proporção assinalável de doentes. A classificação psiquiátrica utilizada também não é a mais indicada e actual, sendo legítimo supor que a prevalência de depressão se encontra sobrestimada, como demonstrado previamente¹⁴⁵. A terminologia diagnóstica psiquiátrica moderna segue as determinações das nosologias DSM²³ e ICD^{21,22,146}.

Este rigor metodológico foi utilizado num estudo recente, multicêntrico, nos CSP e em Portugal, cujos resultados serão dados a conhecer oportunamente¹⁴⁷.

Existe igualmente um estudo de prevalência de sintomatologia mental no internamento do hospital geral que realça a frequência das perturbações de humor¹⁴⁸ e alguns estudos sobre prevalência de depressão em grávidas e em mães, durante o primeiro ano após o parto, designada de depressão pós-natal, que oscila entre os 10 e os 20 %^{68,108,149}.

Existem dados sobre a prevalência pontual de depressão em serviços de psiquiatria portugueses obtidos nos três censos psiquiátricos levados a cabo pela Direcção-Geral da Saúde em Portugal, em 1988, 1996 e 2001¹⁵⁰⁻¹⁵², em que a prevalência de depressão nos serviços de internamento psiquiátrico, respectivamente foi de 10.1%, 13.3% e 4.9%. É de realçar o facto dos dados dos censos de 1988 e 1996 se referirem apenas aos hospitais psiquiátricos, ao passo que o censo de 2001 inclui todas as instituições públicas, e também privados e ordens religiosas, do Continente e Regiões Autónomas.

No censo de 2001¹⁵², o conjunto das depressões constituía o grupo patológico mais frequente no ambulatório (21.5%), seguindo-se as neuroses e as esquizofrenias (ambas com 12.4%) e as reacções de ajustamento (10.5%). No serviço de urgência, as patologias associadas ao álcool surgem em primeiro lugar (21.3%), seguindo-se as depressões (20.2%), as neuroses (12.2%) e as reacções de ajustamento (9.2%). Nos serviços de internamento, as depressões estão em sexto lugar (4.9%), depois das esquizofrenias (36.2%), oligofrenias (28.1%), alterações associadas ao álcool (7.0%), perturbações afectivas sem depressão (5.4%) e síndromas demenciais (5.3%).

Em Portugal, a taxa bruta nacional de suicídio entre 1991 e 1995 foi de 8.34%¹⁵³ e em 2000 foi de 5.1%¹⁵⁴. Tem

sido observável uma tendência decrescente das taxas, aproximadamente 1% ao ano desde 1940¹⁵³. Assim, de 1984 a 1999 a taxa de suicídio no sexo feminino diminuiu para um terço (de 6% para 2.1%) e no sexo masculino para metade (16% para 7.9%)¹⁵⁵. Assiste-se a maior prevalência no Alentejo e no Algarve¹⁵³. No contexto europeu, é um dos países com menor taxa de mortalidade prematura por suicídio¹⁵⁶.

O impacto económico da depressão em Portugal foi avaliado num estudo que determinou o custo anual total em 246 milhões de contos (a preços de 1992) e em que 80% correspondia a perda de produtividade (incapacidade temporária), 3% a suicídio e 17% imputáveis a custos directos em cuidados de saúde^{157,158}; observa-se que os custos indirectos são proporcionalmente superiores aos verificados em outros países.

A propósito de custos directos, e ainda em Portugal, o orçamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1999 e 2000 foi, respectivamente, de 840 e 914 milhões dos contos, correspondendo o encargo com medicamentos a cerca de 23% desse orçamento. O encargo do SNS com medicamentos no PIB foi, em ambos os anos, de 0.93%^{159,160}. Os antidepressivos ocupam o primeiro lugar na venda de psicofármacos, com 13,5 milhões de contos em 1999 e 15,8 milhões de contos em 2000, representando um encargo para o SNS, respectivamente de 6,4 e 8,3 milhões de contos.

Quadro III - Informação epidemiológica fiável e disponível para as perturbações depressivas em Portugal

	%
prevalência pontual para a depressão <i>major</i> com sintomatologia psicótica, na população geral ¹³⁰	0.5
prevalência pontual e anual para a depressão pós-natal ^{68,108,149}	10-20
prevalência pontual para todas as pert. depressivas em doentes internados em psiquiatria ¹⁵²	4.9
prevalência pontual para todas as pert. depressivas em doentes seguidos em ambulatório de psiquiatria ¹⁵²	21.5
prevalência pontual para todas as pert. depressivas em doentes que recorreram ao SU e foram assistidos em psiquiatria ¹⁵²	20.2
taxa bruta de suicídio ¹⁵⁴	5.1
tendência temporal das taxas de suicídio ¹⁵³	↓
custos directos da depressão em 1990 ^{157,158}	17
custos indirectos da depressão em 1990 ^{157,158}	83

CONCLUSÕES

O peso da depressão está bem estabelecido: cada ano surge cerca de um novo caso por cada cem residentes mas

destes, entre 5 a 10 já se encontravam afectados; na realidade, pelo menos uma em cada cinco pessoas irão sofrer de depressão em algum momento das suas vidas, número que tem tido tendência a aumentar; cerca de 15 a 20% de todas as pessoas que recorrem a serviços de clínica geral estão afectadas por um qualquer tipo de depressão bem como 20 a 30% de todos os doentes tratados e internados em hospitais gerais. A depressão afecta em particular mulheres, tem início em pessoas cada vez mais jovens, tende para a cronicização e dura em média seis meses, resulta frequentemente em suicídio, determina estilos de vida pouco saudáveis, ocorre frequentemente em comorbilidade com outras doenças e agrava o estado de saúde e o prognóstico dessas outras doenças aumentando a mortalidade. É a principal causa de incapacidades a nível mundial e diminui a qualidade de vida e a produtividade laboral e aumenta o absentismo daí resultando custos directos e indirectos pesados para a sociedade.

Apesar do *Global Burden Study* ter demonstrado claramente que a depressão é o problema de saúde mais incapacitante e que maior sobrecarga inflige em todo o mundo, ainda assim, Ustün¹⁶¹ ressalta, num editorial do *British Journal of Psychiatry*, que esta sobrecarga poderá ser superior à estimada. Segundo este autor, no GBD, as taxas de incidência e de prevalência terão sido subestimadas, a idade de início sobrestimada e a duração baseada no conhecimento estabelecido pelo consenso profissional: a incidência do episódio depressivo era de 0.29% para mulheres e 0.16% para homens, a prevalência anual de 1.7% para mulheres, a idade de início média do episódio era de 37.1 anos e uma duração média de seis meses¹.

Ora, sabe-se que a prevalência anual de depressão unipolar era de 12.9% para mulheres no NCS⁷⁶, e que a idade de início era de 20–25 anos no ECA⁶⁰. Quanto à duração de episódios depressivos *major* na população geral, subsequentemente a 1996, data de publicação do GBD, foram estabelecidas durações médias de 27 semanas⁶, 23 semanas⁷⁶, 30 semanas⁷⁵ e 13 semanas⁷⁷, enquanto que as durações medianas em todos estes estudos andavam em torno das 12 semanas à excepção de um único estudo em que era de seis semanas⁷⁷.

Deste modo, o quadro negativo associado a esta patologia será provavelmente mais desfavorável que o actual.

Em Portugal, a dimensão de todos estes problemas é largamente desconhecida: talvez seja o único Estado membro da Europa Comunitária onde não foi executado até à data qualquer censo psiquiátrico de âmbito populacional capaz de fornecer informação sobre prevalências, incapacidades e utilização de serviços por pessoas afectadas por depressão e por todas as outras patologias psiquiátri-

cas; mais positiva, é a esperável divulgação para breve de dados metodologicamente fiáveis sobre o impacto da depressão nos utentes dos médicos de família e nas redes de cuidados de saúde primários¹⁴⁷ que permitirão corresponder ao desejável desenvolvimento de programas de prevenção secundária propugnados pelo Ministério da Saúde em 2003 – Programa Nacional de Luta contra a Depressão¹⁶²; a valiosa rede de Médicos-Sentinela¹⁶³ poderia ser encarada como parceiro no delineamento destes programas e aproveitada para testar a implementação de estratégias de diagnóstico e tratamento de depressão alternativas bem como para estabelecer mecanismos fiáveis de monitorização da morbilidade depressiva; estudos esclarecedores sobre a depressão e seus factores etiopatogénicos em grupos de alto-risco, e em particular, incidindo sobre modos de funcionamento organizacional mais efectivos na prestação de cuidados primários e especializados, seriam bem-vindos; a monitorização regular e sistemática do trabalho clínico dos serviços de psiquiatria e saúde mental com retorno de resultados à origem, poderia ser esclarecedora da evolução de indicadores e da qualidade de serviços bem como lançaria as necessárias raízes para uma cultura de avaliação de qualidade em saúde; a mortalidade prematura por suicídio deverá continuar a ser contabilizada e a sua colheita aperfeiçoada; finalmente, seria da maior importância replicar, preferencialmente para o ano de 2002, o estudo referente a 1992 de Ramos *et al*^{157,158} sobre custos de depressão o que permitiria também lançar alguma luz sobre o significado do encargo anual do SNS em fármacos antidepressivos.

Há uma efectiva escassez de investigação em saúde mental e epidemiologia psiquiátrica em Portugal comparativamente a outros países¹⁶⁴, que ombreia com a baixa produtividade científica na área da saúde, e cujos motivos profundos foram já analisados¹⁶⁵⁻¹⁶⁸ não cabendo aqui desenvolver o tema.

Todavia, Portugal é um dos estados membros da Europa Comunitária em que o estado de saúde da população levanta mais preocupações pela sua precariedade, constatáveis pela esperança de vida mais baixa dos quinze¹⁵⁶ e por uma das mais elevadas prevalências de doenças crónicas¹⁶⁹. E no mesmo contexto, Portugal é o terceiro país dos 15, logo a seguir à Grã-Bretanha e à Itália, com mais casos de morbilidade psiquiátrica geral¹⁷⁰ mas encontra-se em primeiro lugar entre o sexo feminino, nos indivíduos com 45 ou mais anos, entre casados, divorciados e viúvos, e no grupo dos reformados. Este estudo, não discriminou diagnósticos psiquiátricos ainda que se saiba que a morbilidade psiquiátrica geral total reflecte em grande medida a taxa de perturbações mentais comuns

entre as quais avulta a depressão.

Ora conhecendo as relações de comorbilidade acentuada entre depressão e doenças crónicas bem como o aumentado impacto económico e potenciação de incapacidades^{109,171}, maior se torna o imperativo de melhor conhecer a realidade epidemiológica nacional quanto às perturbações depressivas.

O atingimento desse objectivo, mediado pela investigação, não deverá certamente ser o devir de académicos isolados mas sim o resultado de políticas de âmbito nacional. De facto, a informação epidemiológica descritiva, através da enumeração da ocorrência de perturbações e de necessidades de saúde das populações, tem como finalidade orientar o planeamento e desenvolvimento dos serviços de saúde¹⁷².

Igualmente, no relatório anual da OMS de 2001 “*Saúde mental: nova concepção, nova esperança*”, são salientados 10 indicadores para categorizar o nível de qualidade e de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde mental num dado país e são feitas recomendações para a melhoria de cada um desses indicadores em três cenários nacionais sócio-económicos distintos¹⁷³; no que diz respeito à informação científica sobre saúde mental, à luz destes critérios, Portugal ainda é um país de *baixos recursos*, ao nível dos países africanos, sul-americanos ou asiáticos.

A promoção da investigação científica em saúde mental, o 10.º indicador daquela lista da OMS, é indissociável da qualidade do bem-estar e saúde mental das populações sendo recomendável, para um país com o desenvolvimento actual de Portugal *Fazer realizar estudos em contextos de atenção primária sobre prevalência, evolução, resultados e impacto dos transtornos mentais na comunidade*¹⁷³ o que parece ser subscrito no documento oficial do Ministério da Saúde, *Contributos para um Plano Nacional de Saúde*, em que se refere ser *desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, doenças mentais...*¹⁷⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. MURRAY CJL, LOPEZ AD. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press, 1996.
2. Depression Guideline Panel, Agency for Health Care Policy and Research. Depression in primary care: Volume 1. Detection and Diagnosis. no. 93-0550 ed. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health and Human Services, 1993.
3. RORSMAN B, GRASBECK A, HAGNELL O, LANKE J,

- OHMAN R, OJESJO L et al: A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *Br J Psychiatry* 1990; 156:336-342.
4. HAGNELL O, LANKE J, RORSMAN B, OJESJO L: Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med* 1982; 12(2):279-289.
5. EATON WW, KRAMER M, ANTHONY JC, DRYMAN A, SHAPIRO S, LOCKE BZ: The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(2):163-178.
6. EATON WW, ANTHONY JC, GALLO J, CAI G, TIEN A, ROMANOSKI A et al: Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (11): 993-999.
7. REGIER DA, BURKE JD. 5.1 Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 500-522.
8. DER G, BEBBINGTON P: Depression in inner London. A register study. *Soc Psychiatry* 1987; 22(2):73-84.
9. GOLDBERG D, HUXLEY P: *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock, 1980.
10. GOLDBERG D, HUXLEY P: *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. London: Tavistock, 1992.
11. GATER R, DE ALMEIDA E SOUSA, BARRIENTOS G, CARAVEO J, CHANDRASHEKAR CR, DHADPHALE M et al: The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991; 21(3):761-774.
12. GATER R, GOLDBERG D: Pathways to psychiatric care in South Manchester. *Br J Psychiatry* 1991; 159:90-96.
13. PICCINELLI M, HOMEN FG: Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: World Health Organization, 1997.
14. AYUSO-MATEOS JL, VAZQUEZ-BARQUERO JL, DOWRICK C, LEHTINEN V, DALGARD OS, CASEY P et al: Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179:308-316.
15. The epidemiology of mental disorders: results from the Epidemiologic Catchment Area Study (ECA). *Psychopharmacol Bull* 1982; 18(3):222-225.
16. ANGST J: Epidemiology of depression. *Psychopharmacology (Berl)* 1992; 106 Suppl:S71-S74.
17. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
18. US Bureau of the Census. Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex: April 1, 1990 to July 1, 1999, with Short-Term Projection to November 1, 2000. <http://www.census.gov/population/estimates/nation/intfile2-1.txt> . 2-1-2001. (accedido em 17-8-2003).
19. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, KORETZ D, MERIKANGAS KR et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23):3095-3105.
20. WING J: SCAN and the PSE tradition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31(2):50-54.
21. World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization, 1993.
22. World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
23. American Psychiatric Association, Task Force on DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
24. TYLEE A: Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *Depression Research in European Society. Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10 Suppl 4:S445-S448.
25. HELGASON T: Epidemiology of mental disorders in Iceland. A psychiatric and demographic investigation of 5395 icelanders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1964; 40.
26. HELGASON T, MAGNUSSON H: The first 80 years of life. A psychiatric epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1989; 348:85-94.
27. NEWMAN SC, BLAND RC, ORN H: Morbidity risk of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988; 338:50-56.
28. World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Geneva: World Health Organization, 1997.
29. HELZER JE, ROBINS LN: The diagnostic interview schedule: its development, evolution, and use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988; 23(1):6-16.
30. KATON W, SCHULBERG H: Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(4):237-247.
31. MAGRUDER-HABIB K, ZUNG WW, FEUSSNER JR: Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990; 28(3):239-250.
32. COYNE JC, SCHWENK TL, FECHNER-BATES S: Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17(1):3-12.
33. WILLIAMS JW, JR., MULROW CD, KROENKE K, DHANDA R, BADGETT RG, OMORI D et al: Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med* 1999; 106(1):36-43.
34. COYNE JC, FECHNER-BATES S, SCHWENK TL: Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16(4):267-276.
35. ARAGONES BE, GUTIERREZ PM, PINO FM, LUCENA LC, CERVERA VJ, GARRETA E, I: Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27(9):623-628.
36. GABARRON HE, VIDAL ROYO JM, HARO ABAD JM, BOIX S, I, JOVER BA, ARENAS PM: Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Aten Primaria* 2002; 29(6):329-336.
37. WITTCHEN HU, PITTRROW D: Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany:

- the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002; 17 Suppl 1:S1-S11.
38. SIMON GE, VON KORFF M: Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4(2):99-105.
39. WILLIAMS JW, JR., KERBER CA, MULROW CD, MEDINA A, AGUILAR C: Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995; 10(1):7-12.
40. OLFSON M, SHEA S, FEDER A, FUENTES M, NOMURA Y, GAMEROFF M et al: Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000; 9(9):876-883.
41. ÜSTÜN TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care. An international study.* Chichester: Wiley, 1995.
42. SIMON GE, GOLDBERG DP, VON KORFF M, USTUN TB: Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med* 2002; 32(4):585-594.
43. BLACKER CV, CLARE AW: The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology (Berl)* 1988; 95 Suppl:S14-S17.
44. RODIN G, VOSHART K: Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143(6):696-705.
45. GOLDMAN LS, NIELSEN NH, CHAMPION HC: Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999; 14(9):569-580.
46. SADOVNICK AD, REMICK RA, ALLEN J, SWARTZ E, YEE IM, EISEN K et al: Depression and multiple sclerosis. *Neurology* 1996; 46(3):628-632.
47. IRWIN C, FALSETTI SA, LYDIARD RB, BALLENGER JC, BROCK CD, BRENER W: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(12):576-578.
48. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993; 150(10):1447-1465.
49. SCHULBERG HC, SAUL M, MCCLELLAND M, GANGULI M, CHRISTY W, FRANK R: Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(12):1164-1170.
50. SALOKANGAS RK, POUTANEN O, STENGARD E, JAHI R, PALO-OJA T: Prevalence of depression among patients seen in community health centres and community mental health centres. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(6):427-433.
51. ZINBARG RE, BARLOW DH, LIEBOWITZ M, STREET L, BROADHEAD E, KATON W et al: The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8):1153-1162.
52. WITTCHEN HU, LIEB R, WUNDERLICH U, SCHUSTER P: Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 7:29-36.
53. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH: The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9):572-577.
54. ALEGRIA M, KESSLER RC, BIJL R, LIN E, HEERINGA SG, TAKEUCHI DT et al: Comparing data on mental health service use between countries. In: Andrews G, Henderson S, editors. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses.* Cambridge: Cambridge University Press, 2000: 97-118.
55. KATZ SJ, KESSLER RC, LIN E, WELLS KB: Medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med* 1998; 13(2):77-85.
56. WITTCHEN HU, KNAUPER B, KESSLER RC: Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1994;(26):16-22.
57. SIMON GE, VON KORFF M: Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol* 1992; 135(12):1411-1422.
58. KLERMAN GL, WEISSMAN MM: Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261(15):2229-2235.
59. Cross-National Collaborative Group: The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *JAMA* 1992; 268 (21): 3098-3105.
60. BURKE KC, BURKE JD, JR., RAE DS, REGIER DA: Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9):789-795.
61. KOVACS M, GATSONIS C: Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children. *J Psychiatr Res* 1994; 28(3):319-329.
62. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ M, BLAZER DG, NELSON CB: Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29(2-3):85-96.
63. WEISSMAN MM, BLAND R, JOYCE PR, NEWMAN S, WELLS JE, WITTCHEN HU: Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993; 29(2-3):77-84.
64. WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ, FARAVELLI C, GREENWALD S, HWU HG et al: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4):293-299.
65. KENDLER KS, KARKOWSKI LM, PRESCOTT CA: Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156(6):837-841.
66. KENDLER KS, HETTEMA JM, BUTERA F, GARDNER CO, PRESCOTT CA: Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(8):789-796.
67. BROWN GW: Social factors and the development and course of depressive disorders in women. *Br J Social Wk* 1987;(17):615-634.
68. AUGUSTO A, KUMAR R, CALHEIROS JM, MATOS E, FIGUEIREDO E: Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26(1):135-141.
69. WEISSMAN MM, LEAF PJ, TISCHLER GL, BLAZER DG, KARNO M, BRUCE ML et al: Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988; 18(1):141-153.
70. BLAND RC, NEWMAN SC, ORN H: Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988; 338:43-49.
71. BURKE KC, BURKE JD, JR., REGIER DA, RAE DS: Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(6):511-518.
72. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR, FISCHER SA:

- Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol* 1993; 102(1):110-120.
73. THORNICROFT G, SARTORIUS N: The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychol Med* 1993; 23(4):1023-1032.
74. JUDD LL: The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11):989-991.
75. SPIJKER J, DE GRAAF R, BIJL RV, BEEKMAN ATF, ORMEL J, NOLEN WA: Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181(3):208-213.
76. BLAZER DG, KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ MS: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151(7):979-986.
77. KENDLER KS, WALTERS EE, KESSLER RC: The prediction of length of major depressive episodes: results from an epidemiological sample of female twins. *Psychol Med* 1997; 27(1):107-117.
78. ENSINCK KT, SCHUURMAN AG, VAN DEN AM, METSEMAKERS JF, KESTER AD, KNOTTNERUS JA et al: Is there an increased risk of dying after depression? *Am J Epidemiol* 2002; 156(11):1043-1048.
79. SIMON GE, VON KORFF M: Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol* 1998; 147(2):155-160.
80. CORYELL W, NOYES R, CLANCY J: Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39(6):701-703.
81. GOODWIN FK, JAMISON KR: Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
82. World Health Organization: Figures and facts about suicide. Geneva: World Health Organization, 1999.
83. WULSIN LR, VAILLANT GE, WELLS VE: A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999; 61(1):6-17.
84. FRASURE-SMITH N, LESPERANCE F, TALAJIC M: Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270(15):1819-1825.
85. LESPERANCE F, FRASURE-SMITH N, JUNEAU M, THEROUX P: Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina. *Arch Intern Med* 2000; 160(9):1354-1360.
86. CARNEY RM, RICH MW, TEVELDE A, SAINI J, CLARK K, FREEDLAND KE: The relationship between heart rate, heart rate variability and depression in patients with coronary artery disease. *J Psychosom Res* 1988; 32(2):159-164.
87. FRASURE-SMITH N, LESPERANCE F: Depression—a cardiac risk factor in search of a treatment. *JAMA* 2003; 289(23): 3171-3173.
88. KATON W, SULLIVAN MD: Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 Suppl:3-11.
89. MAYOU R, HAWTON K, FELDMAN E: What happens to medical patients with psychiatric disorder? *J Psychosom Res* 1988; 32(4-5):541-549.
90. ANDREWS G: Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ* 2001; 322(7283):419-421.
91. ROST K, NUTTING P, SMITH JL, ELLIOTT CE, DICKINSON M: Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002; 325(7370):934.
92. HICKIE IB: Responding to the Australian experience of depression. Promotion of the direct voice of consumers is critical for reducing stigma. *Med J Aust* 2002; 176 Suppl:S61-S62.
93. MCNAIR BG, HIGHET NJ, HICKIE IB, DAVENPORT TA: Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Med J Aust* 2002; 176 Suppl:S69-S76.
94. VON KORFF M, KATON W, UNUTZER J, WELLS K, WAGNER EH: Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. *J Fam Pract* 2001; 50(6):E1.
95. WOLPERT L: Stigma of depression—a personal view. *Br Med Bull* 2001; 57:221-224.
96. CRISP AH, GELDER MG, RIX S, MELTZER HI, ROWLANDS OJ: Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177:4-7.
97. BROWN C, MADDEN PA, PALENCHAR DR, COOPER-PATRICK L: The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30(1):15-26.
98. HICKIE IB, KOSCHERA A, DAVENPORT TA, NAISMITH SL, SCOTT EM: Comorbidity of common mental disorders and alcohol or other substance misuse in Australian general practice. *Med J Aust* 2001; 175 Suppl:S31-S36.
99. ROELOFFS CA, FINK A, UNUTZER J, TANG L, WELLS KB: Problematic substance use, depressive symptoms, and gender in primary care. *Psychiatr Serv* 2001; 52(9):1251-1253.
100. LUBER MP, HOLLENBERG JP, WILLIAMS-RUSSO P, DIDOMENICO TN, MEYERS BS, ALEXOPOULOS GS et al: Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30(1):1-13.
101. PEARSON SD, KATZELNICK DJ, SIMON GE, MANNING WG, HELSTAD CP, HENK HJ: Depression among high utilizers of medical care. *J Gen Intern Med* 1999; 14(8):461-468.
102. JACKSON JL, KROENKE K: Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159(10):1069-1075.
103. SIMON GE, VON KORFF M, PICCINELLI M, FULLERTON C, ORMEL J: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329-1335.
104. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5):734-741.
105. DIMATTEO MR, LEPPER HS, CROGHAN TW: Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160(14):2101-2107.
106. HIRSCHFELD RM, MONTGOMERY SA, KELLER MB, KASPER S, SCHATZBERG AF, MOLLER HJ et al: Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(4):268-275.

107. AREIAS ME, KUMAR R, BARROS H, FIGUEIREDO E: Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 169(1):36-41.
108. GUSMAO R: Depressão pós-natal: despiste, frequência e factores predictivos. Contributos para a prevenção secundária num Serviço de Obstetrícia com uma Unidade de Psiquiatria de Ligação (dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1996.
109. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD, BURNAM MA, ROGERS W, DANIELS M et al: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):914-919.
110. STEWART WF, RICCI JA, CHEE E, HAHN SR, MORGANSTEIN D: Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289(23):3135-3144.
111. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(12):1048-1060.
112. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 1st ed ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1998.
113. BRAWMAN-MINTZER O, LYDIARD RB, EMMANUEL N, PAYEUR R, JOHNSON M, ROBERTS J et al: Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150(8):1216-1218.
114. RASMUSSEN SA, EISEN JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 Suppl:4-10.
115. STEIN MB, KEAN YM: Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000; 157(10):1606-1613.
116. VAN AMERINGEN M, MANCINI C, STYAN G, DONISON D: Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 1991; 21(2):93-99.
117. GOLDBERG D: A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 385:66-70.
118. CORYELL W, ENDICOTT J, ANDREASEN NC, KELLER MB, CLAYTON PJ, HIRSCHFELD RM et al: Depression and panic attacks: the significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *Am J Psychiatry* 1988; 145(3):293-300.
119. BROWN C, SCHULBERG HC, MADONIA MJ, SHEAR MK, HOUCK PR: Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153(10):1293-1300.
120. ROY-BYRNE PP, STANG P, WITTCHEN HU, USTUN B, WALTERS EE, KESSLER RC: Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry* 2000; 176:229-235.
121. FIFER SK, MATHIAS SD, PATRICK DL, MAZONSON PD, LUBECK DP, BUESCHING DP: Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(9):740-750.
122. MARTIN RL, CLONINGER CR, GUZE SB, CLAYTON PJ: Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46(11 Pt 2):9-13.
123. IRWIN C, FALSETTI SA, LYDIARD RB, BALLENGER JC, BROCK CD, BRENER W: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(12):576-578.
124. VAILLANT GE: Natural History of Male Psychological Health, XIV: Relationship of Mood Disorder Vulnerability to Physical Health. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2):184-191.
125. DINAN TG: The physical consequences of depressive illness. *BMJ* 1999; 318(7187):826.
126. SIMON G, ORMEL J, VON KORFF M, BARLOW W: Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3):352-357.
127. VERBOSKY LA, FRANCO KN, ZRULL JP: The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(5):177-181.
128. GREENBERG PE, STIGLIN LE, FINKELSTEIN SN, BERNDT ER: The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(11):405-418.
129. GREENBERG PE, KESSLER RC, BIRNBAUM HG, LEONG SA, LOWE SW, BERGLUND PA et al: The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1465-1475.
130. OHAYON MM, SCHATZBERG AF: Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1855-1861.
131. OHAYON MM, SCHATZBERG AF: Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(1):39-47.
132. BECK AT, STEER RA. BDI: Beck depression inventory manual. San Antonio, Tex ; New York : Psychological Corp : Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
133. SERRA V, FIRMINO AEC: Estados de tensão emocional, solidão e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin* 1989; 10(3):149-155.
134. SERRA V, MATOS AP, GONÇALVES S: Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin* 1987; 7(2):97-102.
135. SEABRA D, CRUZ JPNC: Estudo da prevalência dos sintomas depressivos na população algarvia. *Rev Port Saude Publica* 1991; 9(2):29-35.
136. DGS: Médicos sentinela: olhar mais longe 10 - relatório das actividades de 1996/DGS. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1996.
137. DGS: Médicos sentinela: 20 passos em frente - relatório das actividades de 1997/DGS. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1997.
138. DGS: Médicos sentinela: pela nossa rica saúde - relatório das actividades de 1995/DGS. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998.
139. DE ALMEIDA JM, CARVALHO A, RIBEIRO A, SALDANHA R, MORAIS L, CAPELA A: Morbilidade psiquiátrica em clínica geral. *Rev Port Saude Publica* 1993; 11(3):37-43.
140. SIMÕES JA, MENDES MA, TEIXEIRA JA: Doença Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde Estudo Epidemiológico - Centro de Saúde de Góis. *Psiquiatr Clin* 1996; 17(4):297-307.

141. KING M: Prediction of Future Episodes of Depression in Primary Medical Care: Evaluation of a Risk Factor Profile. Report No. QLRT-2001-00638 ed. 2001.
142. RESINA T, PINHÃO A, NETO L, LEITÃO A, MARTINS J, AUGUSTO M: Depressão e ansiedade na consulta de clínica geral/médico de família. *Acta Med Port* 1989; 2(1):7-10.
143. GRAYSON DA, BRIDGES K, DUNCAN-JONES P, GOLDBERG DP: The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med* 1987; 17(4):933-942.
144. ORMEL J, KOETER MW, VAN DEN BW, VAN DE WG: Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(8):700-706.
145. DEAN C, SURTEES PG, SASHIDHARAN SP: Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *Br J Psychiatry* 1983; 142(3):247-256.
146. World Health Organization: Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, 1996.
147. GUSMÃO R: Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários (intenção de doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2003.
148. DE ALMEIDA JM, XAVIER M, NABAIS F, SANTOS F, MORAIS J: Morbilidade psiquiátrica nos doentes internados no hospital geral. *Acta Med Port* 1992; 5(11):575-579.
149. AUGUSTO A: Estudo da depressão de pós-parto numa região urbana do Norte de Portugal (dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 1993.
150. DGS: Censo Psiquiátrico 1988. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, Direcção-Geral da Saúde, editors. 1988.
151. DGS: Censo Psiquiátrico 1996. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, Direcção-Geral da Saúde, editors. 1996.
152. BENTO A, CARREIRA M, HEITOR MJ: Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. Saúde em Números 2003; 16(1):12.
153. [trabalho não publicado] RAMALHEIRA C, MARQUES L: Sessenta anos de suicídio em Portugal – Atlas de epidemiologia descritiva e analítica. 2003.
154. World Health Organization: Suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. 2003. (acedido em 26-8-2003).
155. CATARINO J, DEP/DSIA: Base de dados de óbitos do INE. Direcção de Serviços de Informação e Análise da Direcção-Geral da Saúde, editor. 2001.
156. European Commission: The health status of the European Union. Narrowing the health gap. 1-58. 2003. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
157. RAMOS F, SENNFELT J, AMARAL MJ, VALENTE P: Economia da saúde e saúde mental: os custos da depressão. *Rev Port Saude Publica* 1996; 14(2):53-68.
158. RAMOS F, SENNFELT J, AMARAL MJ, VALENTE P: Os custos da depressão. In: Artur Morais Vaz, Carlos Gouveia Pinto, Francisco Ramos, João António Pereira, editors. *As Reformas dos Sistemas de Saúde*. Lisboa: APES, 1996: 303-318.
159. INFARMED: Informação Estatística. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento - INFARMED, Direcção de Serviços de Informação Científica e Económica, editors. 1999. Lisboa.
160. INFARMED: Estatística do Medicamento 2000. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento - INFARMED, Direcção Operacional de Avaliação Económica e Farmacoterapêutica, editors. 2001.
161. USTUN TB, KESSLER RC: Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *Br J Psychiatry* 2002; 181(3):181-183.
162. Investir em Ganhos de Saúde. Doenças mentais. In: Ministério da Saúde, editor. *Contributos para um Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas*. Lisboa: 2003: 52-54.
163. O que é a rede de Médicos-Sentinelas. ONSA - Observatório Nacional de Saúde, editor. <http://www.onsa.pt/>. 15-12-2003. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (acedido em 28-12-2003).
164. PATEL V, SUMATHIPALA A: International representation in psychiatric literature: Survey of six leading journals. *Br J Psychiatry* 2001; 178(5):406-409.
165. FERREIRA HG: A relação entre ciências básicas e medicina: implicações institucionais, profissionais e pedagógicas. *Acta Med Port* 1990; 3(1):39-42.
166. FERREIRA HG: Investigação médica em Portugal: os génios e as estruturas, os mitos e o bom senso. *Acta Med Port* 1993; 6(1):33-41.
167. FERREIRA HG: As relações entre ciências básicas e medicina revisitadas. *Acta Med Port* 1997; 10(11):793-802.
168. XAVIER M: Porque fazemos tão pouca investigação clínica? *Nova Medicina* 2002; VII(11-12):4-5.
169. European Opinion Research Group EEIG: The health of adults in the European Union. Special Eurobarometer 183-7 / Wave 58.2. 2003. Brussels, Directorate General of Health and Consumer Protection.
170. European Opinion Research Group EEIG: The mental health status of the European population. Eurobarometer 58.2. 2003. SANCO Directorate General.
171. CHISHOLM D, DIEHR P, KNAPP M, PATRICK D, TREGLIA M, SIMON G: Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry* 2003; 183:121-131.
172. Lehtinen V, Joukamaa M: Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377:7-10.
173. Organização Mundial da Saúde: Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. I ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.
174. Incentivar a Investigação e Desenvolvimento em Saúde. Doenças mentais. In: Ministério da Saúde, editor. *Contributos para um Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas*. Lisboa: 2003: 90-92.