

DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA CONSULTA DE CLÍNICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR

TERESA RESINA, ADÉLIA PINHÃO, LUCINDA NETO, ALICE LEITÃO, JOSÉ MARTINS, MÁRIO AUGUSTO

Extensão de Moscavide do Centro de Saúde de Sacavém. Serviço de Psiquiatria do Hospital da Marinha. Lisboa

RESUMO.

O objectivo deste trabalho foi o estudo da depressão e ansiedade em doentes das consultas de Clínica Geral/Medicina Familiar nomeadamente: definição de *casos*, ponto de prevalência, quadros clínicos, correlações com factores sócio-demográficos e identificação dos grupos de risco para essas perturbações psíquicas. As atitudes terapêuticas desenvolvidas pelos Clínicos Gerais/ Médicos de Família foram também avaliadas. Os resultados do estudo revelam uma elevada prevalência da depressão no contexto da Medicina Familiar e uma relativa tendência dos Clínicos Gerais para subdiagnosticar os casos de depressão. Essa evidência leva os autores a concluir que deveriam ser empreendidas acções no sentido de promover o treino dos Médicos de Família e de planear programas terapêuticos adequados nos Centros de Saúde onde os Médicos de Família desenvolvem a sua actividade.

SUMMARY

Depression and Anxiety in Outpatients of Family Practice.

The aim of this work was to study depression and anxiety in outpatients of Family Practice, namely: *definition of cases*, caseness, point-prevalence, clinical features, correlations with social demographic factors and identification of risk groups for those psychological disorders. Therapeutic attitudes displayed by family practioners were also evaluated. The results of the study reveal a high prevalence of depression in family medicine settings and a relative tendency of family doctors to underdiagnose case of depression. Such an evidence allows the authors to conclude that steps should be taken in order to provide training programs for family practioners and to plan appropriate treatment programmes at public Health Centres.

Os estudos epidemiológicos concluem que 20 a 25% dos doentes observados em consultas de Clínica Geral/Medicina Familiar sofrem de uma perturbação psiquiátrica identificável (Goldberg e Blackwall, 1970 e Hoepfer e col., 1979)^{1,2}, mais recentemente os autores referem prevalências particularmente elevadas de perturbações depressivas neste tipo de doentes (Parker e col., 1984 e 1986)^{3,4}.

Os médicos de Clínica Geral costumam detectar perturbações emocionais de natureza ansiosa e/ou depressiva em mais de 50% dos seus doentes, tendendo sobretudo a atribuir um diagnóstico de ansiedade às referidas perturbações. Esse facto coloca-nos perante as seguintes ordens de questões: 1.

— Qual é o valor qualitativo dos sintomas de ansiedade e de depressão em doentes da Clínica Geral? Em que medida eles representam verdadeiros *casos de perturbação psiquiátrica** ou meras situações de mal-estar psicológico transitório? 2 — A tendência que os Clínicos Gerais têm para atribuir a designação de ansiedade às perturbações emocionais dos seus doentes não significará que estes médicos tomam as suas decisões diagnósticas centrando-se sobre certos sintomas-alvo de tipo ansioso, subdiagnosticando os casos de depressão?

As respostas a estas e outras questões assumem uma importância particular dado que na prática clínica é a desig-

nação diagnóstica que justifica as decisões terapêuticas, daí resulta a necessidade de se aperfeiçoarem métodos operacionais para a definição de *casos* que possibilitem uma determinação diagnóstica tão rigorosa quanto possível. Acresce que, no que se refere à depressão e ansiedade, os sintomas possuem uma deficiente especificidade diagnóstica, sendo frequentes os quadros mistos de ansiedade e depressão e sendo raras as situações sindrômicas compostas pelos dois sintomas que apresentam uma demarcação clara.

Certos autores (Johnson, 1973 e 1974 e Fahy, 1974)^{5,6,7} referem que os casos de depressão observados pelos Clínicos Gerais são menos severos e mais frequentemente de tipo *borderline* que as depressões observadas pelos psiquiatras, ao passo que outros (Brown e col., 1985)⁸ encontraram uma considerável sobreposição entre a severidade das perturbações depressivas observadas em psiquiatria e na comunidade, referindo que aquilo que as distingue é sobretudo a forma como os sintomas se exprimem. Em todo o caso, admitindo-se que a definição dos quadros clínicos completos das perturbações psiquiátricas requer o estudo das populações de doentes cujas situações clínicas são menos severas (os quais não chegam às mãos do psiquiatra), pode afirmar-se que os Clínicos Gerais se encontram numa posição relativamente privilegiada para a execução desses estudos, dado que estão na primeira linha de contacto com os doentes que se situam numa área fronteira entre a depressão ligeira, a ansiedade e as perturbações somáticas, por outro lado, a posição que os médicos de família ocupam na sua prática clínica, permite-lhes uma visão do doente no seio do seu ambiente sócio-familiar alargado. Esse estreito conhecimento das características sócio-demográficas dos seus doentes permite

* A noção de *caso* implica mais do que a mera quantificação dos sintomas, passando a ser também considerados o tipo dos sintomas, a sua severidade e relações estatísticas, assim como outras medidas clinicamente significativas.

ao médico de família esclarecimentos interessantes sobre factores prédisponentes, facilitando a identificação de grupos populacionais com risco de doença psíquica.

O presente estudo foi realizado numa Unidade de Saúde para assistência em regime ambulatorio, abrangendo uma área populacional de características essencialmente urbanas e cujo número estimado de utentes é superior a 30 mil.

Os objectivos de estudo foram: 1. Estabelecer taxas de prevalência e determinar as características clínicas das perturbações de ansiedade e depressão dos nossos doentes ambulatorios de Medicina Familiar. 2. Identificar correlações entre a clínica da ansiedade e depressão e determinados factores sócio-demográficos. 3. Determinar os grupos populacionais de risco. 4. Avaliar as modalidades de atitude terapêutica dos Clínicos Gerais/ Médicos de Família em face das situações clínicas em estudo.

DOENTES E MÉTODOS

Os 927 doentes que constituem o total da amostra do estudo, correspondem aos utentes com idade superior a 16 anos que procuravam voluntariamente assistência nas consultas dos médicos de família que participaram no estudo, durante o período entre 17 de Maio e 4 de Junho de 1985.

Dado que um dos objectivos do estudo era a determinação de taxas de prevalência, os doentes foram introduzidos no estudo de forma consecutiva, sem selecção prévia.

Participou no estudo um psiquiatra com 9 anos de experiência, que coordenou a metodologia utilizada a procedeu à validação dos resultados da aplicação dos instrumentos epidemiológico e de definição diagnóstica em subgrupos aleatórios do total da amostra.

Na metodologia utilizada constam os seguintes instrumentos: 1. Instrumento Epidemiológico: entrevista semi-estruturada desenvolvida pelos autores do estudo, contendo 30 itens referentes a dados demográficos, antecedentes psiquiátricos, acontecimentos precipitantes, queixas principais, sintomas e sinais de ansiedade e de depressão e atitude terapêutica. 2. Instrumento de Definição Diagnóstica: o BEDFORD COLLEGE CRITERIA (BCC), método desenvolvido por Brown e Harris (1978)⁹ para identificação de *caso* e *caso borderline* de depressão, ansiedade ou ambos. Neste estudo utilizámos o BCC sob a forma de questionário desenvolvido por Finlay-Jones e col. (1980)¹⁰.

A informatização dos dados recolhidos foi feita numa unidade IMB e o sistema de tratamento de informação foi o Application System.

O método estatístico utilizado para a análise das correlações entre psicopatologia a factores demográficos foi o teste do Qui-Quadrado (χ^2).

RESULTADOS

As características demográficas dos doentes do estudo (N=927) encontram-se representadas no quadro da Figura 1):

Verifica-se em suma que: 1. Os doentes do estudo são predominantemente do sexo feminino (67.1%); 2. 83.5% dos doentes têm idades superiores a 24 anos, sendo a média de idades desta amostra estimada em cerca de 48 anos. 3. Neste estudo verifica-se uma marcada predominância de doentes casados (69%). 4. Dado que foi decidido considerar como critério de Actividade Ocupacional a existência de uma actividade profissional remunerada, esse facto explica parcialmente a percentagem de 52% de doentes Não Activos, distribuídos por: Reformados (25%), Donas de Casa (20.8%) e Desempregados (6.2%).

Características demográficas dos doentes (N=927)

SEXO		
M	305	32.9%
F	622	67.1%
IDADE		
17-24	153	16.5%
25-54	372	40.1%
54 +	402	43.4%
ESTADO CIVIL		
SOLT.	162	17.5%
CAS.	639	69 %
DIV./VIUV.	126	13.5%
OCUPAÇÃO		
ACTIV.	445	48 %
NÃO ACT.*	482	52 %

* Inclui: Reform. 231 (25%); Donas Casa, 193 (20.8%) e Desemp. 58 (6.2%).

Figura 1

As queixas principais expressas espontaneamente pelos doentes constituindo o motivo da consulta médica encontram-se agrupadas no gráfico representado na Figura 2:

Queixas que motivam a consulta de clinica geral.

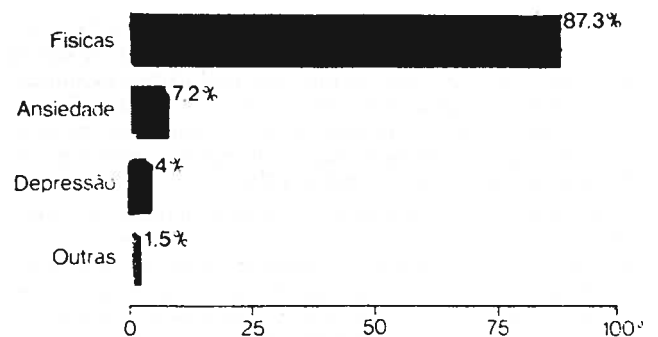


Figura 2

Verifica-se que a grande maioria dos doentes apresenta queixas físicas de natureza médico-cirúrgica (87.3%), ao passo que 7.2% apresentam como motivo principal queixas subjectivas de ansiedade, e 4% apresentam queixas subjectivas de depressão.

Após aplicação da entrevista semi-estruturada, os doentes foram divididos em 4 subgrupos representados na Figura 3:

Verifica-se que 374 doentes (40.3%) não apresentam sinais evidentes de psicopatologia ansiosa ou depressiva, ao passo que os restantes 553 doentes (cerca de 60%) se distribuem pelos seguintes 3 subgrupos: Ansiedade *pura* potencial — 384 doentes (41.4%); Depressão *pura* potencial — 57 doentes (6.1%); e Estado Misto (Ansiedade + Depressão) potencial — 112 doentes (12%).

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

N=927

I.	ANSIEDADE POTENCIAL	384	41.4%
II.	DEPRESSÃO POTENCIAL	57	6.1%
III.	ESTADO MISTO POTENCIAL	112	12.0%
IV.	SEM PSICOPAT. APARENTE	374	40.3%
TOTAL		927	100.0%

Figura 3

Após a aplicação do instrumento de definição diagnóstica (BCC) foram identificados um total de 347 casos e casos borderline de ansiedade ou depressão (37.4%) cuja distribuição pode ser analisada através do quadro representado na Figura 4:

BEDFORD COLLEGE CRITERIA (BCC) N= 927

	CASO DEPRESSÃO	%	CASO BORDERLINE DEPRESSÃO	%	CASO ANSIEDADE	%	CASO BORDERLINE ANSIEDADE	%	TOTAIS	%
CASO DEPRESSÃO	71	7.6								
CASO BORDERLINE DEPRESSÃO			97	10.5						
CASO ANSIEDADE	15	1.6	37	3.4	49	5.3			96	10.3
CASO BORDERLINE ANSIEDADE	25	2.7	53	5.7			130	14.0	208	22.4
TOTAIS	111	12.0	182	19.6						

Figura 4

Verifica-se que foram identificados 71 casos de Depressão (7.6%); 97 casos borderline de Depressão (10.5%); 49 casos de Ansiedade (5.3%); e 130 casos borderline de Ansiedade (14%).

Dado que o Bedford College Criteria permite a atribuição de Ansiedade e Depressão ao mesmo indivíduo, podendo desse modo fornecer dados sobre os casos mistos de Ansiedade + Depressão, verificamos que na amostra deste estudo (N= 927), foram detectados 125 doentes (13.5%) nessas condições.

Tomando como base os dados extraídos através da entrevista semi-estruturada, verificamos que os aspectos de natureza clínica que mais contribuíram para reunir os doentes no subgrupo dos *potenciais ansiosos* foram as queixas de apreensão, inquietação, tensão interior e preocupações somáticas, assim como os sinais de hiperactividade neuro-vegetativa e de tensão muscular; ao passo que o humor deprimido e a lentificação foram os aspectos clínicos que mais contribuíram para reunir os doentes no subgrupo dos *potenciais deprimidos*. Considerando o subtítulo de doentes *potencialmente ansiosos e/ou deprimidos* (N= 553), verifica-se que na grande maioria desses casos (em 517 doentes), se apuram referências expressas a acontecimentos precipitantes no contexto de problemas familiares ou sócio-profissionais.

O estudo estatístico das correlações entre o tipo de psicopatologia apurada através da entrevista semi-estruturada e as características sócio-demográficas da amostra, i.e. sexo, idade, estado civil e ocupação, baseia-se nos dados representados em gráficos nas figuras 5, 6, 7 e 8.

Para cada uma das 4 variáveis sócio-demográficas estudadas existe uma representação gráfica de 2 colunas: a coluna

da esquerda refere-se à distribuição dos números parciais de doentes em que se apuraram tipos potenciais de psicopatologia através da entrevista semi-estruturada (N= 553); na coluna da direita estão representados os valores percentuais relativamente aos subtotaís da amostra representativos de cada uma das 4 variáveis em estudo (N= 927), esses subtotaís encontram-se referenciados no canto superior direito dos gráficos.

Na análise estatística destas correlações, os valores achados referem-se à aplicação do teste do Qui-Quadrado (χ^2) sobre as distribuições da coluna da esquerda (N= 553).

Verifica-se que relativamente a todas as variáveis estudadas, os valores de Qui-Quadrado achados são inferiores aos valores esperados, pelo que em termos de análise estatística, é de admitir a hipótese de independência entre a psicopatologia apurada e as 4 variáveis sócio-demográficas estudadas. Contudo, a análise dos valores percentuais referentes ao subtotaís da amostra (colunas da direita dos gráficos) permite supor a existência de tendências significativas:

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA N=927 (305/622)
CORRELAÇÃO PSICOPATOLOGIA/SEXO

	MASCULINO	%	FEMININO	%	TOTAIS
ANSIEDADE	93	30.5	291	46.8	384
DEPRESSÃO	18	5.9	39	6.3	57
ANS. + DEPRESSÃO	22	7.2	90	14.5	112
TOTAIS	133	43.6	420	67.6	553

$$\chi^2 = 2.97, 2 \text{ g.l. NS}$$

Figura 5

1. Sexo: Psicopatologia ansiosa e/ou depressiva tende a ser identificada mais frequentemente nas mulheres (67.6% versus 43.6% nos homens; no caso da psicopatologia mista a proporção é de 2:1 (M:H); no caso da depressão *pura* a proporção é de 1:1.

Ainda relativamente ao sexo, apuramos que as mulheres têm maior tendência para comunicar espontaneamente queixas subjectivas de natureza psíquica (15.3% versus 4.3% nos homens).

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA N=927 (153/372/402)
CORRELAÇÃO PSICOPATOLOGIA/IDADE

	17-24	%	25-54	%	54 +	%	TOTAIS
ANSIEDADE	41	26.8	175	47.0	168	41.7	384
DEPRESSÃO	6	3.9	21	5.6	30	7.5	57
ANS.+DEPRESSÃO	5	3.3	44	11.8	63	15.7	112
TOTAIS	52	44.0	240	64.4	261	64.9	553

$$\chi^2 = 7.74, 4 \text{ g.l. NS}$$

Figura 6

2. Idade: psicopatologia ansiosa e/ou depressiva tende a ser identificada mais frequentemente nos grupos etários com

mais de 24 anos (cerca de 64% versus 44% no grupo dos 17-24 anos); a depressão pura e sobretudo a psicopatologia mista mostram tendência a aumentar com a idade.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA N=927 (162/639/126)
CORRELAÇÃO PSICOPATOLOGIA/ESTADO CIVIL.

	SOLT.	%	CASAD.	%	DIV./VIUV.	%	TOTAIS
ANSIEDADE	40	24.7	288	45.0	56	44.4	384
DEPRESSÃO	9	5.6	34	5.3	14	11.1	57
ANS. + DEPRESSÃO	8	4.9	84	13.1	20	15.9	112
T O T A I S	57	35.2	406	63.4	90	71.4	553

$\chi^2 = 7.50, 4 \text{ g. l. NS}$

Figura 7

3. Estado Civil: Psicopatologia ansiosa e/ou depressiva tende a ser identificada menos frequentemente nos solteiros (35.2% versus 63.4% nos casados, e 71.4% nos divorciados e viúvos); depressão pura tende a ser identificada mais frequentemente nos doentes divorciados e viúvos (11.1% versus 5.3% nos casados, e 5.6% nos solteiros.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA N=927 (455/482)
CORRELAÇÃO PSICOPATOLOGIA/OCUPAÇÃO

	ACTIVOS	%	NÃO ACTIVOS	%	TOTAIS
ANSIEDADE	187	42.0	197	40.8	384
DEPRESSÃO	21	4.7	36	7.5	57
ANS. + DEPRESSÃO	40	8.9	72	14.9	112
T O T A I S	248	54.6	305	63.2	553

$\chi^2 = 3.18, 2 \text{ g. l. NS}$

Figura 8

4. Ocupação: Psicopatologia ansiosa e/ou depressiva tende a ser identificada mais frequentemente nos doentes não activos (63.2% versus 54.6% nos activos) embora essa diferença percentual não pareça ser significativa; verifica-se uma tendência para a identificação de depressão pura e psicopatologia mista no grupo dos doentes não activos, mas dado que neste grupo se incluem os reformados, pertencentes ao grupo etário mais idoso, onde como vimos se verifica uma tendência para valores percentuais elevados de depressão pura e psicopatologia mista, é de admitir a existência de correlações cruzadas entre as variáveis ocupação e idade.

Pretendemos estudar através da entrevista semi-estruturada todas as opções, em termos de decisão terapêutica, ao dispôr do médico.

Os dados referentes à escolha dessas decisões neste estudo encontram-se representados na Figura 9:

(Por psicoterapia designámos as atitudes terapêuticas que vão desde a simples escuta e aconselhamento até às atitudes de apoio e encorajamento).

Verifica-se que no subgrupo de doentes potencialmente ansiosos (N=384) a prescrição de ansiolíticos isolada ou associada à atitude psicoterapêutica ocorre 310 vezes

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA N=927
ESCOLHA DE ATITUDES TERAPÊUTICAS

	ANSIEDADE	DEPRESSÃO	ANS. + DEP.
ANSIOLÍTICO	127	4	6
ANTIDEPRESSIVO	1	2	1
ANSIOLÍTICO - ANTI - DEPRESSIVO	3	4	15
OUTRO FÁRMACO	10	4	1
PSICOTERAPIA DE APOIO	78	17	11
PSICOTERAPIA + ANSIOLÍTICO	87	2	34
PSICOTERAPIA + ANTI - DEPRESSIVO	0	7	2
PSICOTERAPIA + ANSIOLÍTICO + ANTIDEPRES.	6	1	35
PEDIDO APOIO PSQUIÁTRICO	6	6	4
OUTRA ATITUDE	66	10	3
T O T A I S	384	57	112

Figura 9

(80.7%); no subgrupo de doentes potencialmente deprimidos (N=57) a atitude psicoterapêutica ocorre 17 vezes (29.8%), neste subgrupo a prescrição de um antidepressivo isolada ou associada a qualquer outro tipo de atitude terapêutica ocorre 14 vezes (17.5%); no subgrupo de doentes com psicopatologia mista potencial (N=112) a atitude psicoterapêutica isolada ou associada à prescrição de psicofármacos ocorre 80 vezes (71.4%).

No total de doentes em que foi apurada psicopatologia potencial, (N=553) o pedido de apoio psiquiátrico ocorre 16 vezes (2.9%).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos confirmam que nas consultas de medicina familiar se encontram altas prevalências de psicopatologia ansiosa e/ou depressiva: 59,6% através da entrevista semi-estruturada e 50,9% através de um instrumento de identificação de casos. A discrepância dos resultados obtidos pelos dois métodos não parece ser significativa em termos globais e pode dever-se à natureza experimental da situação, havendo uma sensibilização especial relativamente aos aspectos para os quais o estudo estava orientado; pode também revelar uma certa tendência dos médicos de família para sobrevalorizar sintomas de mal-estar psicológico transitório atribuindo-lhes significado psicopatológico.

Já os resultados parciais obtidos através dos dois métodos, nos parecem ser bastante significativos: verificamos que foram identificados através do instrumento diagnóstico (BCC) 111 casos de depressão (12%) e 182 casos borderline de depressão (19.6%), ao passo que a depressão isolada ou associada à ansiedade é identificada apenas em 169 doentes (18.2%) através da entrevista semi-estruturada. Esta tendência para subdiagnosticar a depressão na medicina familiar tem sido apontada por diversos autores, facto que contém importantes implicações no que respeita às decisões terapêuticas e que nos leva a considerar a necessidade de acções de formação post-graduada para Clínicas Gerais/Médicos de família no sentido de promover conhecimentos aptidões e atitudes centrados em áreas de psicopatologia depressiva e ansiosa. Para além da aquisição de aptidões no reconhecimento da sintomatologia depressiva e sua severidade, assim como na identificação de casos de depressão, essas acções

deverão também incidir sobre os aspectos terapêuticos da depressão, uma vez neste estudo 10 dos 16 doentes enviados ao psiquiatra tinham sintomas de depressão e que apenas 67 dos 169 doentes com depressão pura ou mista foram medicados com antidepressivos, factos que poderão traduzir uma relativa dificuldade dos Clínicos Gerais/Médicos de Família no manejo da terapêutica da depressão.

É de notar que estudos sobre a depressão em Medicina Familiar efectuados no Reino Unido, onde já há muitos anos existem programas de formação post graduada para Clínicos Gerais, revelam que somente uma ligeira proporção dos doentes deprimidos (menos de 10%) são enviados ao psiquiatra (Blacker e Clare, 1987)¹¹.

Por outro lado Johnson (1974)⁶ refere que cerca de 90% dos doentes diagnosticados como deprimidos na 1.ª consulta de Clínica Geral são medicados com antidepressivos tricíclicos de Sireling, e col. (1985)^{12,13} referem que de uma forma global os Clínicos Gerais se encontram aptos a avaliar o grau de severidade de uma depressão no espaço de tempo de que dispõem para a observação dos seus doentes e prescrevem os antidepressivos adequadamente.

A análise das correlações entre os aspectos sócio-demográficos e a psicopatologia apurada permite-nos sugerir a existência de factores de risco ligados ao sexo, idade, estado civil e ocupação; assim, o sexo feminino constitui um grupo de risco de psicopatologia ansiosa e/ou depressiva, sobretudo do tipo misto; os indivíduos mais idosos constituem um grupo de risco de psicopatologia ango-depressiva e sobretudo de depressão; os indivíduos que não possuem uma ocupação profissional remunerada constituem também um grupo de risco de psicopatologia ango-depressiva e sobretudo de depressão; o estado civil também define grupos de risco, os indivíduos casados constituem um grupo de risco de psicopatologia ansiosa e do tipo misto, ao passo que os indivíduos divorciados e viúvos constituem um grupo de risco de depressão.

Estes aspectos epidemiológicos parecem-nos extremamente importantes porque a definição dos grupos de risco permite identificar onde devem ser aplicados os recursos para a prevenção primária e secundária. Reafirmamos o papel relevante que os médicos de família podem desempenhar em estudos futuros nesta área, dada a sua posição privilegiada de estreito contacto com os factores ambientais dos seus doentes.

AGRADECIMENTOS

Aos médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar da Extensão de Moscavide do Centro de Saúde de Sacavém, Dra. Celina Araújo, Dra. Piedade Pires, Dr. Cunha da Cruz e Dr. Martins Leitão, que colaboraram na recolha de dados.

Ao serviço de Informática da Armada que amavelmente aceitou o pedido dos autores no sentido do tratamento informático dos dados.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLDBERG D.P., BLACKWELL B.—Psychiatric illness in General Practice: A detailed study using a new method of case identification. *Brit. Med. Journal* 1970; 2: 439-443.
2. HOEPER E.W., NYCZ G.R., CLEARY P.D., REGIER D.A., GOLDBERG I.D.—Estimated prevalence of RDC mental disorder in Primary Medical Care. *Internat J of Mental Health* 1979; 8: 6-15.
3. PARKER G., ABESHOUSE B., MOREY E., HOLMES S., MANICAVASAGAR V.—Depression in General Practice. *Med J Aust* 1984; 141: 154-158.
4. PARKER G., HOLMES S., MANICAVASAGAR V.—Depression in General Practice Attenders: *Caseness*, Natural History and Predictors of Outcome. *Journal of Affective Disorders* 1986; 10: 27-35.
5. JOHNSON D.A.W.—Treatment of Depression in General Practice. *Brit Med Journal* 1973; 2: 18-20.
6. JOHNSON D.A.W.—A study of the use of antidepressant medication in General Practice. *Brit J Psychiat* 1974; 125: 186-192.
7. FAHY T.J.—Depression in Hospital and in General Practice: a direct clinical comparison. *Brit J Psychiat* 1974; 124: 240-242.
8. BROWN G.M., CRAIG T.K.J., HARRIS T.O.—Depression: disease or distress? Some epidemiological considerations. *Brit J Psychiat* 1985; 147: 612-622.
9. BROWN G.W., HARRIS T.O.—Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. London, Tavistock, 1978.
10. FINLAY-JONES R., BROWN G.W., DUNCAN-JONES P., HARRIS T.O., MURPHY E., PRUDO R.—Depression and Anxiety in the community. *Psychological Medicine* 1980; 10: 445-454.
11. BLACKER C.V.R., CLARE A.W.—Depressive Disorder in Primary Care. *Brit J Psychiat* 1987; 150: 737-751.
12. SIRELING L.I., PAYKEL E.S., FRELING P., RAO B.M., PATEL S.P.—Depression in General Practice: Case Thresholds and Diagnosis. *Brit J Psychiat* 1985; 147: 113-119.
13. SIRELING L.I., FRELING P., PAYKEL E.S., B.M.—Depression in General Practice: Clinical Features and Comparison with Out-Patients. *Brit J Psychiat* 1985; 147: 119-126.

Pedido de Separatas:

Teresa Resina
Urbanização da Portela, Lote 151-9.º Dt.º
2685 Sacavém