

Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde

Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil

Marcelo Pio de Almeida Fleck^a, Ana Flávia Barros da Silva Lima^{a*}, Sérgio Louzada^{a*}, Gustavo Schestasky^{*}, Alexandre Henriques^{**}, Vivian Roxo Borges^{***}, Suzi Comey^b e Grupo LIDO^{****}

^aDepartamento de Psiquiatria e Medicina legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ^bDepartamento de Matemática da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil

Descritores

Depressão. Cuidados primários de saúde. Efeitos psicossociais da doença. Avaliação. Qualidade de vida. Saúde mental.

Resumo

Objetivo

Os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial. Pacientes deprimidos são freqüentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tais. O objetivo do estudo é avaliar a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social numa amostra de pacientes que procuraram um serviço de cuidados primários em uma capital brasileira.

Métodos

Foram avaliados 2.201 usuários de serviços de cuidados de saúde primários de Porto Alegre quanto à saúde física e emocional. Foi aplicado questionário em entrevista única, com duas questões genéricas de avaliação de qualidade de vida do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Breve)*, mais itens do *Medical Outcomes Study Short-Forms 12 (SF-12)* e *MHI 5 (MHI-5)*, do *Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)*, além de outras questões referentes a busca de atendimento médico e faltas ao trabalho. Foram realizados testes de Kruskal-Wallis e de comparações múltiplas de Tambane.

Resultados

Dos indivíduos estudados, 79,5% eram do sexo feminino, com média de idade de 40 anos. A intensidade da sintomatologia depressiva medida pelo CES-D foi de 20,2 para as mulheres e de 16,2 para os homens. Todos os parâmetros avaliados tiveram relação inversa com a intensidade dos sintomas depressivos.

Conclusões

Os resultados reforçam a afirmativa de que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários.

Keywords

Depression. Primary health care. Cost of illness. Evaluation. Quality of life. Mental health.

Abstract

Objective

Depressive disorders represent a major public health problem due to their high prevalence and psychosocial impact. Depressed patients are assiduous users of primary care services, although their depression is very often misdiagnosed. The objective of the study is to evaluate the association between depressive symptoms and social functioning in individuals that seek primary care services in a Brazilian capital.

Correspondência para/Correspondence to:

Marcelo Pio de Almeida Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcellos, 2350, 4º andar
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: mfleck.voy@zaz.com.br

*Aluno de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Medicina.

**Acadêmico do quinto ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do UFRGS.

***Acadêmica do quarto ano do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

****Grupo LIDO – Formado por uma equipe de pesquisadores, um painel de conselheiros e de investigadores locais do Projeto “Longitudinal Investigation of Depression Outcomes”, cujos nomes encontram-se relacionados no final deste artigo. Trabalho realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

Financiado pela Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, USA

Recebido em 27/7/2001. Reformulado em 26/2/2002. Aprovado em 25/3/2002.

Methods

The study included 2,201 primary care users in the city of Porto Alegre, Brazil. The participants' physical and emotional health was assessed through an interview using a questionnaire including 2 general questions from the World Health Organization's Quality of Life instrument (WHOQOL - brief); other questions from the Medical Outcomes Study Short-Form 12 (SF-12), MHI 5 (MHI-5), Centers for Epidemiologic Studies - Depression (CES-D), and additional questions about work loss days and health care utilization.

Results

Of all individuals, 79.5% were women aged on average 40 years. The intensity of depressive symptoms (measured by CES-D) was 20.2 for women and 16.2 for men. All parameters studied had an inverse relationship with the intensity of depressive symptoms.

Conclusions

This study reinforce the findings that depressive symptoms have a strong association with poor social functioning and quality of life and a higher utilization of health resources in primary care patients.

INTRODUÇÃO

Atualmente o transtorno depressivo maior é reconhecido como um problema de saúde pública em atendimento médico primário, por sua prevalência e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos.¹⁹ Vários estudos em diferentes países confirmam que a alta prevalência de depressão na comunidade é um dado consistente na cultura ocidental,⁹ inclusive no Brasil.¹

O diagnóstico da depressão em nível primário costuma ser prejudicado pela presença freqüente de comorbidades, pela dificuldade do corpo médico em reconhecê-la, assim como pela sistemática de atendimento.²⁷ Estudos mostram que de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados.¹¹ Muitas vezes, os pacientes depressivos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos.¹¹ Com o tratamento correto,³ a morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em até 70%.

Além de ser prevalente e subdiagnosticada, a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente. Esse impacto não se restringe à sintomatologia da doença. A literatura internacional tem mostrado evidências de que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior freqüência, têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico.⁶

No entanto, esses dados provêm de estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos. A consulta às bases de dados nacionais Lilacs e SciELO mostram ausência de trabalhos brasileiros que estudem a asso-

ciação entre depressão e funcionamento social ou qualidade de vida e verifiquem se essa associação é encontrada também no país.

Nesse contexto, o projeto LIDO (*Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*) foi desenvolvido para avaliar a relação entre sintomas depressivos, qualidade de vida e utilização de recursos em pacientes que procuram serviços de cuidados primários de saúde em seis centros de diferentes países (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia). Para o projeto LIDO, 18.489 pacientes foram triados para depressão nos seis citados países; 1.134 pacientes foram acompanhados ao longo de um ano após sua inclusão no estudo, com entrevistas estruturadas e instrumentos para auto-aplicação. Os dados referentes à amostra total que incluem os seis centros serão apresentadas em outras publicações.

O presente artigo, como parte do projeto LIDO, apresenta a análise dos dados de rastreamento dos pacientes que procuraram o serviço de cuidados primários na cidade de Porto Alegre. O objetivo do estudo é avaliar a associação entre sintomas depressivos, funcionamento social, qualidade de vida e utilização de recursos médico-hospitalares, assim como verificar se essa associação é também encontrada em outros serviços de cuidados primários no Brasil.

MÉTODOS

O projeto foi avaliado e aprovado pelas Comissões de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, onde se localizam os postos de saúde visitados.

Entre os meses de agosto de 1998 e março de 1999,

foram feitas entrevistas aplicando questionários sobre saúde física e emocional nas salas de espera de três postos de saúde de Porto Alegre. O questionário era de auto-avaliação e auto-explicativo. Quando o respondente não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador relia a pergunta de forma lenta sem utilizar outras palavras, evitando a modificação do sentido original.

Os indivíduos foram incluídos de forma consecutiva, a partir de sua chegada ao posto. A amostra estudada foi de 2.201 indivíduos incluídos até o mês de março (amostragem aleatória). A partir daí foram entrevistados apenas indivíduos do sexo masculino, com a finalidade de obter uma amostra com uma proporção mulher:homem de 2:1 (n total = 2.475) (amostragem por conveniência). Os dados referentes à amostra total não serão analisados neste artigo.

O questionário foi aplicado numa entrevista única, com um tempo aproximado de 15 minutos. Os entrevistadores eram psicólogos, estudantes de medicina ou de psicologia, todos previamente treinados. Ao receber o questionário, o indivíduo era informado sobre os objetivos do estudo e a confiabilidade dos dados.

Foram incluídos no estudo indivíduos entre 18 e 75 anos de idade, pertencentes à área geográfica do posto de saúde, com capacidade de entendimento para completar questionários para auto-resposta e que concordassem em participar do estudo.

No questionário aplicado, constavam duas questões genéricas de avaliação de qualidade de vida extraídas do *World Health Organization Quality of Life*, versão abreviada (WHOQOL-bref),^{4,25} além de questões do *Medical Outcomes Study Short-Forms 12* (SF-12) e *Mental Health Index 5* (MHI-5) *Centers for Epidemiologic Studies – Depression* (CES-D) e de dados demográficos.^{15,23}

O CES-D foi desenvolvido para medir sintomas depressivos na população em geral a partir de uma escala de respostas que mede a frequência de sintomas depressivos na semana anterior à administração do questionário. Escores elevados refletem a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, mas não são diagnósticos de depressão. O instrumento é constituído de 20 itens, simples de entender e de fácil administração. O ponto de corte de 16 pontos é geralmente usado para discriminar indivíduos com possibilidade de depressão.

O SF-36 mede o estado funcional e o bem-estar. É utilizado na prática clínica e está dividido em oito

domínios: funcionamento físico, limitações físicas, limitações emocionais, funcionamento social, dor, saúde mental, vitalidade e percepções da saúde. O SF-12 e o MHI-5 são subescalas do SF-36. O MHI-5 consta de cinco itens sobre saúde mental, e o SF-12 consta de 12 itens que abordam as dimensões física e mental.

O WHOQOL-Breve⁴ é um instrumento de 26 questões sobre qualidade de vida. Está dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Foi criado a partir do WHOQOL-100, que possui 100 itens. No presente estudo, foram utilizadas duas questões genéricas de avaliação de qualidade de vida desse instrumento.

Nos dados demográficos foram avaliados: idade, sexo, estado civil, número de anos escolares e número de consultas, de dias hospitalizados e de faltas ao trabalho durante os três meses que antecederam a pesquisa.

Para fazer a comparação das questões foram realizados o teste de Kruskal-Wallis, para verificar diferenças globais, e o teste de comparações múltiplas de Tambane, para especificar quais grupos diferiram estatisticamente.

RESULTADOS

As características demográficas dos 2.201 sujeitos estudados estão descritas na Tabela 1. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (79,5%). As idades variaram entre 18 e 75 anos, com média de 40 anos (DP=14,0). Dos sujeitos estudados, 57,0% eram casados, e 84,4% tinham no máximo o segundo grau incompleto (Tabela 1). A média do CES-D para as mulheres foi de 20,2 (DP=13,2), e, para os homens, de 16,2 (DP=11,5), sendo que essa diferença foi estatisticamente significativa.

Na avaliação subjetiva das pessoas que buscaram

Tabela 1 - Distribuição de frequência dos sujeitos de acordo com as características demográficas (N=2.201).

Características demográficas	N	%
Sexo		
Feminino	1.746	79,5
Masculino	450	20,5
Estado civil		
Casado	1.250	57,0
Viúvo	128	5,8
Separado/divorciado	310	14,0
Solteiro	504	23,0
Escolaridade		
1º grau incompleto	477	21,8
1º grau completo	461	21,0
2º grau incompleto	951	43,5
2º grau completo	43	2,0
Superior completo ou incompleto	297	13,6

atendimento, 7,5% consideraram sua saúde “excelente”; 23,7%, “muito boa”; 57,3%, “boa”; 10,1%, “ruim”; e 1,3%, “muito ruim”. Os que consideravam sua saúde “excelente” ou “muito boa” apresentaram as menores médias no CES-D: média = 13,7 (DP=11,3) e média = 15,0 (DP=11,2), respectivamente. Os resultados não diferiram significativamente entre si, mas em relação às outras opções de resposta, como os sujeitos que consideravam sua saúde “muito ruim” e “ruim”. Estes apresentaram as maiores médias (média = 31,0, DP=15,9; e média = 27,2, DP=14,0, respectivamente). Essas duas categorias de resposta também não diferiram significativamente entre si, mas foram estatisticamente diferentes em relação às outras opções.

Em relação à avaliação de *qualidade de vida*, 14,5% dos indivíduos consideraram-na “muito boa”; 58,8%, “boa”; 23,3%, “nem ruim nem boa”; 2,7%, “ruim”; e 0,6%, “muito ruim”. A média do CES-D variou de 34,3 (DP=12,7), para os indivíduos que consideraram a resposta “ruim”, até 12,2 (DP=10,3), para aqueles que responderam “muito boa”. Isto mostra uma relação inversa entre percepção de *qualidade de vida* e intensidade da sintomatologia depressiva.

Na questão que indagava sobre *satisfação com a saúde*, 10,6% sentiam-se “muito satisfeitos”; 52,7% estavam “satisfeitos” com sua saúde; 22,3%, “nem satisfeitos nem insatisfeitos”; 12,6%, “insatisfeitos”; e 1,7% estavam “muito insatisfeitos”. A média do CES-D entre os sujeitos foi crescente da categoria “insatisfeito” a “muito satisfeito”, variando de 11,3 (DP=10,7) até 28,8 (DP=13,3), mostrando novamente uma relação inversa entre satisfação com a saúde e intensidade da sintomatologia depressiva.

Nas questões referentes ao *funcionamento* (SF-12), houve diferença significativa entre os valores médi-

os do CES-D na avaliação de desempenho em atividades moderadas e pesadas entre indivíduos que consideraram “não dificultar de modo algum” daqueles que consideraram “dificultar muito” ou “dificultar um pouco” o cumprimento dessas tarefas. Quanto à realização de atividades moderadas, 61,8% consideraram “não dificultar de modo algum”; 30,6%, “dificultar um pouco”; e 7,6%, “dificultar muito”. No item *dificuldade para subir escadas*, 47,8% dos indivíduos consideraram “não dificultar de modo algum”; 40,5%, “dificultar um pouco”; e 11,7%, “dificultar muito”. A média do CES-D acompanhou progressivamente a dificuldade dos entrevistados em realizar a tarefa (Tabela 2).

Na avaliação dos problemas no *funcionamento* decorrentes da saúde física e saúde emocional (SF-12), 56,4% responderam que “realizavam menos tarefas”, e 38,9% disseram que “estavam limitados em atividades” devido a sua saúde física. Quanto à saúde emocional, 52,7% responderam que “realizavam menos tarefas do que gostariam”; e 43,8%, que “não trabalhavam ou não faziam qualquer atividade com tanto cuidado” devido a problemas emocionais. Conforme a Tabela 3, houve diferença significativa entre as pessoas que responderam “sim” e aquelas que responderam “não” em todas as questões, sendo que a média do CES-D foi superior a 24,0 para todas as questões entre os sujeitos que responderam “sim” e inferior a 16,3 entre aqueles que responderam “não”. Isto mostra que a maior sintomatologia depressiva está associada a pior funcionamento, atribuído a problemas físicos.

Na avaliação do funcionamento, quando tomada a questão referente à *interferência da dor no trabalho normal*, 35,7% dos indivíduos consideraram “de maneira alguma” e apresentaram média do CES-D de

Tabela 2 - Médias e desvios padrão do CES-D em relação ao SF-12 (dificuldades em realizar atividades diárias) (N=2.201).

Variável	Sim Difículta muito	Sim Difículta um pouco	Não Não difículta de modo algum
Dificuldades para fazer	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Atividades moderadas	28,3 (13,7)*	23,6 (12,9)*	16,3 (11,8)*
Subir vários lances de escada	28,0 (13,6)*	22,1 (13,0)*	15,1 (11,2)*

*Diferem significativamente para p<0,001.
CES-D = Centerfor Epidemiologic Studies-Depression.
SF-12 = Medical Outcomes Study Short-Forms12.

Tabela 3 - Médias e desvio-padrão do CES-D em relação ao SF-12 (problemas no trabalho ou em atividades diárias decorrente de saúde física ou emocional) (N=2.201).

Variável	Sim M (DP)*	Não M (DP)*
Como conseqüência de sua saúde física		
Realizou menos tarefas que você gostaria?	24,4 (13,1)	15,6 (11,5)
Esteve limitado em seu trabalho ou em outras atividades?	24,3 (13,4)	16,3 (11,7)
Como conseqüência de algum problema emocional		
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	24,8 (13,0)	13,4 (10,0)
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	25,2 (13,1)	14,8 (10,9)

*Diferem significativamente para p<0,001.

14,1 (DP=11,5). Outros 33,9% dos indivíduos consideraram “um pouco”, com valor médio do CES-D de 20,8 (DP=12,1). Apenas 2% dos indivíduos consideraram “extremamente”, com um valor médio do CES-D de 33,5 (DP=13,2).

Nas questões que avaliavam o funcionamento relacionado ao aspecto psicológico, 24,9% dos indivíduos consideraram-se “calmos ou tranquilos” “uma boa parte do tempo”. Os indivíduos que “nunca” se sentiam assim (3,1%) apresentaram valor médio para o CES-D de 36,4 (DP=12,5); 17,1% sentiam-se “uma pequena parte do tempo com muita energia”, com valor médio do CES-D de 28,7 (DP=12,6); 3,1% sentiam-se “desanimados e abatidos todo o tempo” e apresentaram valor médio do CES-D de 36,7 (DP=12,9); 40,9% dos indivíduos “nunca” se consideravam “deprimidos” e apresentaram valor médio para o CES-D de 10,6 (DP=7,9); 29,2% se consideravam “felizes a maior parte do tempo”, com valor médio do CES-D de 12,2 (DP=8,6) (Tabela 4).

Na questão que avaliava a frequência com que a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais, apenas 5,1% dos indivíduos consideraram que isto ocorria “todo o tempo”, com valor médio do CES-D de 33,3 (DP=13,8). Outros 23,0% consideraram “alguma parte do tempo”, com valor médio do CES-D de 24,1 (DP=11,2), e 34,0% consideraram “nenhuma parte do tempo”, com valor médio do CES-D de 10,9 (DP=8,9).

Foi avaliado também como o sujeito utilizou os

recursos de saúde disponíveis nos três meses anteriores à pesquisa. A maioria (78,7%) passou por até três consultas médicas durante o período e apresentou uma média no CES-D de 18,1 (DP=12,5), significativamente menor em comparação com os indivíduos que tiveram mais de três consultas médicas no mesmo período. Os pacientes que estiveram hospitalizados por pelo menos um dia ou mais durante esse espaço de três meses apresentaram um valor médio do CES-D (m=23,6 e DP=14,2) superior aos que não estiveram internados. Outro dado relevante foi referente ao número de faltas ao trabalho no período em questão. A média no CES-D (m=23,4 e DP=12,9) também foi superior entre os sujeitos que apresentaram três ou mais faltas no trabalho, quando comparados aos que faltaram menos de três vezes (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a intensidade de sintomas depressivos (medidos pelo CES-D) está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde em indivíduos que buscam um serviço de cuidados primários de saúde no Brasil. Assim, os pacientes com mais sintomas depressivos tinham mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico (medidos pelo SF-12) e avaliavam sua qualidade de vida como pior (medida pelas duas questões genéricas de qualidade de vida do WHOQOL-bref).²⁸ Além disso, os indivíduos com mais intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estavam menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

Tabela 4 - Médias* e desvios-padrão do CES-D em relação ao SF-12 (sentimentos nas últimas 4 semanas). (N=2.201)

Variável	Todo o tempo M (DP)	A maior parte do tempo M (DP)	Uma boa parte do tempo M (DP)	Alguma parte do tempo M (DP)	Uma pequena parte do tempo M (DP)	Nunca M (DP)
Calmo ou tranquilo	11,5 ^a (11,9)	10,7 ^a (8,5)	15,9 ^b (9,9)	23,3 ^c (11,0)	29,3 ^d (12,5)	36,4 ^e (12,5)
Com muita energia	13,0 ^a (10,1)	12,2 ^a (10,3)	16,6 ^b (10,4)	22,5 ^c (11,8)	28,7 ^d (12,6)	36,2 ^e (12,7)
Desanimado e abatido	36,7 ^a (12,9)	31,8 ^a (12,1)	26,8 ^b (10,7)	20,7 ^c (10,8)	14,2 ^d (10,5)	8,6 ^e (7,9)
Uma pessoa muito nervosa	34,0 ^a (12,5)	29,2 ^b (12,3)	25,9 ^c (11,5)	19,3 ^d (10,3)	14,0 ^e (9,8)	8,3 ^f (7,2)
Tão deprimido que nada pode animá-lo	37,8 ^a (13,1)	35,1 ^a (11,7)	30,7 ^b (10,8)	26,8 ^c (10,7)	19,1 ^d (9,6)	10,6 ^e (7,9)
Uma pessoa feliz	9,8 ^a (7,9)	12,2 ^b (8,6)	19,2 ^c (10,2)	25,8 ^d (10,2)	32,1 ^e (11,3)	33,9 ^e (15,9)

*Médias seguidas da mesma letra, por linha, não diferem significativamente ao nível de 5% e as demais diferem.

Tabela 5 - Médias do CES-D e desvio-padrão em relação ao número de consultas, dias de hospitalização e número de faltas ao trabalho nos últimos três meses (N=2.201).

Variável	N	%	M (dp)
Nos últimos três meses: quantas consultas você fez?			
Menos ou igual a três consultas	1.719	78,7	18,1 ^a (12,5)
Mais de três consultas	464	21,3	23,9 ^b (13,5)
Quantos dias você ficou hospitalizado?			
Não esteve hospitalizado	2.103	95,9	19,2 ^a (12,9)
Um dia ou mais esteve hospitalizado	89	4,1	23,6 ^b (14,2)
Quantos dias você faltou ao trabalho?			
Menos de três faltas	2.015	92,1	19,0 ^a (12,9)
Três faltas ou mais	173	7,9	23,4 ^b (12,9)

^{a,b}Diferem significativamente para p<0,05

Os achados estão em concordância com uma crescente evidência na literatura sobre o impacto da depressão e dos sintomas depressivos no funcionamento do indivíduo, mas que ainda não havia sido estudado na realidade brasileira. Wells et al²⁵ (1999) observaram que o funcionamento pobre associado à presença de sintomas depressivos, com ou sem transtorno depressivo, era comparável ou pior do que o encontrado unicamente associado a oito doenças médicas crônicas. Spitzer et al²¹ (1995) encontraram resultados semelhantes examinando 1.000 pacientes em cuidados primários. O estudo colaborativo de problemas psicológicos em cuidados gerais de saúde, coordenado pela Organização Mundial da Saúde, examinou 25.916 pacientes, mostrando, entre outros dados relevantes, que a psicopatologia está consistentemente associada à incapacitação quando a intensidade da doença física foi controlada.^{13,22} Contudo, o estudo de maior impacto na avaliação de incapacitação é o *Global Burden of Disease*, em que a depressão maior foi considerada a quarta causa de “sobrecarga global” causada por qualquer condição médica.¹²

Outro dado importante, que ainda não havia sido mostrado para a realidade brasileira, foi o de que, quando foram avaliados alguns indicadores objetivos de utilização de recursos e comprometimento do funcionamento social, observou-se que os pacientes com mais sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos. Vários estudos em outros países têm mostrado que usuários frequentes de serviços de saúde têm comorbidade de doenças físicas e mentais. Katon et al⁷ (1990) mostraram que grandes usuários de serviços de saúde têm diagnóstico de depressão. Souetre et al²⁰ (1995) mostraram que pacientes em cuidados primários com problemas emocionais têm maior possibilidade de ser internados e fazem mais exames laboratoriais do que os sem problemas emocionais.

Quanto à alta prevalência de indivíduos do sexo feminino que buscaram atendimento, os índices encontrados estão de acordo com a literatura. Schwenk et al¹⁷ (1996) tiveram 79,8% de sua amostra constituída por mulheres em serviços de atendimento primário.

Dois outros achados relevantes foram obtidos em relação aos escores do CES-D: (1) a intensidade média de sintomatologia depressiva foi alta (acima do ponto de corte usado como rastreamento de episódio depressivo maior); (2) mulheres têm sintomatologia depressiva mais intensa do que homens que procuraram serviço de cuidados primários em saúde.

Tem sido proposto que o ponto de corte do CES-D para episódio depressivo maior seja 16, embora não haja um consenso sobre esse valor. Alguns autores sugerem o ponto de 15, com a finalidade de reduzir o índice de falsos-negativos, enquanto outros sugerem ser acima de 21, para reduzir o índice de falsos-positivos.¹⁰ Em um estudo na Coreia, o ponto de corte encontrado para identificar sintomas depressivos foi o 21. Para estabelecer o diagnóstico de transtorno depressivo,²¹ foi adotado o 25. Estudos brasileiros observaram que o melhor desempenho da escala deu-se quando o 14 foi utilizado como ponto de corte com estudantes de segundo grau; 15, com estudantes universitários; e 24, com farmacodependentes.^{16,18} Esses aspectos sugerem que as diferenças culturais, o modo como as pessoas expressam seus sentimentos e questões socioeconômicas podem ser fatores importantes para determinação do ponto de corte mais adequado. No entanto, ainda não há estudos brasileiros que determinem o ponto de corte mais adequado do CES-D com usuários de cuidados primários. Essa informação será objeto de outra publicação com os dados obtidos pelo projeto LIDO.

As mulheres apresentaram média do CES-D mais alta do que a encontrada nos homens (20,2 para as mulheres e 16,2 para os homens). Isto sugere que o CES-D possivelmente se comporte de forma diferente entre os sexos, sendo necessário definir pontos específicos para cada grupo. Existem hipóteses que tentam explicar as diferenças entre os sexos, ressaltando que as mulheres são mais vulneráveis à depressão do que os homens.² O aspecto mais aceito e discutido está na importância de variáveis sociais, como gestação, jornada de trabalho, estado marital e número de filhos.²⁴ Estudos também mostram a associação entre oscilações de humor e alterações hormonais.¹⁴ Outros estudos mostram que os homens reagiriam abusando de bebidas alcoólicas e através de outros comportamentos anti-sociais, ao passo que as mulheres reagiriam com depressão.⁵

O presente estudo, por ser transversal, mostra uma associação entre maior intensidade de sintomatologia depressiva e comprometimento psicológico, social e físico. Não é possível estabelecer, com os dados disponíveis, uma relação de causalidade, pois tanto a sintomatologia depressiva poderia ser responsável por uma pior avaliação da qualidade de vida e do funcionamento físico quanto o inverso.

Existem poucos modelos teóricos que tentam explorar essa complexa relação entre sintomatologia depressiva e “status de saúde” (do inglês “health status”), status funcional e sintomas de doenças. Wilson & Cleary²⁷ (1995) propõem um modelo mais sim-

ples de progressão linear, sem efeitos recíprocos e conexões entre níveis não-adjacentes. Esse modelo seria composto por cinco níveis: (1) fatores biofisiológicos; (2) *status* do sintoma; (3) *status* funcional; (4) percepção geral de saúde; e (5) qualidade de vida. Justamente pelos fatores emocionais possuírem importantes e complexas relações com cada um desses níveis, eles foram excluídos desse modelo. Os citados autores argumentam que a depressão pode ser incluída em qualquer um dos três primeiros níveis – biofisiológico, de *status* de sintoma ou *status* funcional – e que sua relação com o *status* de saúde é bidirecional. Os estudos que utilizam o DALY (*Disability Adjusted Life-Year*) como medida de qualidade de vida assumem implicitamente um modelo linear em que a “disfunção” (*disability*) seria a única via pela qual a doença afetaria o “*status* de saúde” e a qualidade de vida.

Sullivan et al²² (2000), a partir de uma amostra comunitária de pacientes idosos, procuraram estudar a relação entre sintomas físicos, funcionamento físico e sintomas psicológicos, e como cada um desses fatores interferia na qualidade de vida. Observaram que um modelo não-linear, incorporando conexões entre componentes não-adjacentes, seria um modelo que, embora de alta complexidade, se aproximaria mais da real relação entre esses fatores. Assim, os sintomas de ansiedade e depressão pareceram mediar a relação entre “percepção geral de saúde” e “qualidade de vida geral”.

O presente estudo deve ser o primeiro no Brasil que mostra essa associação em pacientes que procuram serviços de cuidados primários em saúde. Não foi desenhado para testar nenhuma hipótese de como ela se dá, mas apenas para quantificar a importância e a consistência dessa associação. Mais dados da realidade brasileira são necessários. Os resultados do projeto LIDO com o dados de seguimento de pacientes deprimidos por um ano poderão trazer mais informações a respeito do impacto dessa associação,

quantificando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado dos sintomas depressivos em cuidados primários.

AGRADECIMENTOS

A toda a equipe do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre pelo auxílio durante todas as etapas da coleta de dados do projeto LIDO.

Grupo LIDO

Equipe de pesquisadores: Donald Patrick (University of Washington, Seattle, Washington, EUA); Don Buesching/Carol Andrejasic/Michael Treglia (Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, EUA); Mona Martin/Don Bushnell (Health Research Associates, Inc., Seattle, Washington, EUA); Diane Jones-Palm (Health Research Associates, European Office, Frankfurt, Alemanha); Stephen McKenna (Galen Research, Manchester, Inglaterra); e John Orley/Rex Billington (World Health Organization, Mental Health Division, Genebra, Suíça).

Grupo de consultores: Greg Simon (Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle, Washington, EUA); Daniel Chisholm/Martin Knapp (Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra); Diane Whalley (Galen Research, Manchester, Inglaterra); e Paula Diehr (University of Washington, Seattle, Washington, EUA).

Investigadores dos seis centros: Helen Herrman (University of Melbourne, Austrália); Marcelo Fleck (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil); Marianne Amir (Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel); Ramona Lucas (Barcelona, Espanha); Aleksandr Lomachenkov (V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, São Petersburgo, Rússia); e Donald Patrick (University of Washington, Seattle, Washington, EUA).

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
2. Bebbington P, Dean C, Der G, Hurry J, Tennant C. Gender, parity and the prevalence of minor affective disorder. *Br J Psychiatry* 1991;58:40-5.
3. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58:5-10.
4. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): Aplicação da versão em português. *Rev Saúde Pública* 2000;34:178-83.
5. Harris T, Surtees P, Bancroft J. Is Sex necessarily a risk factor to depression? *Br J Psychiatry* 1991;158:708-12.

6. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992;267:1478-83.
7. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, et al. Distressed high utilizers of medical care: DSM III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-62.
8. Katon W, Lin E, von Korff M, Bush T, Walker E, Simon G et al. The predictors of persistence of depression in primary care. *J Affect Disord* 1994;31:81-90.
9. Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psych Pharmacol* 1997;12:19-29.
10. Maeng JE, Kye Hee Kim. Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale in Korea. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:304-10.
11. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999;55:1-10.
12. 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*. Boston: Harvard School of Public Health/ WHO/ World Bank; 1995.
13. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272:1741-8.
14. Parry BL, Cover H, Mostofi N, LeVeau B, Sependa PA, Resnick A et al. Early versus late partial sleep deprivation in patients with premenstrual dysphoric disorder and normal comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1995;152:404-12.
15. Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385-401.
16. Salle E. Estudo da sintomatologia depressiva em adolescentes de 15 a 17 anos de uma escola de 2º grau de Porto Alegre através das escalas auto-aplicáveis BDI, CRS, e CES-D. Porto Alegre, 1999 [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
17. Schwenk TL, James CC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:407-15.
18. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Psiqu Clin* 1998;25:251-61. Edição especial.
19. Simon G, Ormel J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995;152:352-7.
20. Souetre E, Lozet H, Cimarosti I, Martin P. Cost of anxiety disorder: impact of co-morbidity. *J Psychosom Res* 1994;38:151-60.
21. Spitzer RL, Williams JB, Kroenki K, Linzer M, de Grey FV 3rd, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994;272:1749-56.
22. Sullivan MD, Gertrudis IJM, Kempen EVS OJ. Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res* 2000;9:801-10.
23. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
24. Ware JE, Sherbourne DC. The MOS 35 item short form survey (SF-36) Conceptual Framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
25. Weissman M, Klerman G, Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1998;18:141-53.
26. Wells K, Itewart 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;262:914-9.
27. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA* 1995;273:59-65.
28. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-8.