

DEPRESSÃO: EPIDEMIOLOGIA E ABORDAGEM EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

LUIZ A.B.VILLANO
ABDON L.G.NANHAY

RESUMO

Na maioria dos estudos de comunidade no Brasil e no mundo, a prevalência de depressão em um ano ficou na faixa de 8 a 12%, havendo associação com ser mulher e solteira, com o pico de prevalência no final da meia-idade. Em cuidados primários, a prevalência de depressão chegou a 16% no Rio. Utilizando-se a medida mais ampla de “morbidade psiquiátrica menor” ou “transtornos mentais comuns”, fica-se em torno de 50%. Os Episódios Depressivos foram a principal causa de incapacidade (ou seja, sem incluir o impacto da mortalidade), em medidas internacionais, desde 1990, tanto para homens e mulheres, como para países desenvolvidos ou não. O índice de reconhecimento de depressão pelos clínicos gerais situa-se em torno de 42%. Os casos graves e com maior incapacidade social e os com apresentação psicológica seriam mais facilmente identificados pelos clínicos. Os estudos de intervenções demonstram a efetividade da ênfase nas primeiras semanas de tratamento da depressão, com o estabelecimento de um plano terapêutico e cuidados para a garantia da adesão. O papel do “médico pessoal”, garantindo o seguimento longitudinal do paciente, como na Estratégia da Saúde da

Família, no Brasil, possibilita a atuação junto aos aspectos psicossociais da clientela.

PALAVRAS-CHAVE: *Depressão; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde.*

INTRODUÇÃO

São poucos os estudos epidemiológicos de prevalência geral de doenças mentais em comunidade geral realizados em nosso país. O primeiro foi realizado em 1991, em três grandes centros urbanos – Brasília, São Paulo e Porto Alegre¹. Até 2007, permanecia como único estudo de abrangência nacional entre nós². No mundo, a situação não é muito diferente. Estudos realizados no final dos anos 80 e primeira metade dos anos 90, dois nos Estados Unidos, o ECA (*Epidemiological Catchment Area*) e o NCS (*National Comorbidity Survey*), e um na Grã-Bretanha, o *The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain* são colocados como os mais abrangentes³.

No campo da atenção primária, a situação é diferente no mundo, com uma

produção científica continuada a respeito do tema. Existe maior facilidade operacional para a realização dos estudos de prevalência, e exigência dos operadores de prestação de serviços em saúde, públicos ou privados. Quanto aos estudos internacionais, no entanto, um estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1992, o *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC), em 15 centros de todos os continentes, exceto a Oceania, incluindo o Rio de Janeiro, ainda é considerado o mais abrangente⁴. O trabalho no Brasil foi desenvolvido pelos autores deste artigo e outros investigadores, tendo como campo o Ambulatório de Medicina Integral (AMI) do HUPE. Entre nós, este estudo ainda é o único que apresentou discriminação de prevalências por nosologia⁵. O campo geral “cuidados primários/transornos mentais” apresenta uma vastíssima coleção de estudos no mundo, incluindo ensaios clínicos com metodologia de última geração. No Brasil, alguns centros, incluindo a UERJ, conseguem ter padrão internacional.

Também são importantíssimos os estudos que colocam os transtornos mentais e, especificamente, a depressão entre as doenças mais incapacitantes, como o de Üstün e cols⁶.

Um aspecto bastante ressaltado na literatura internacional é o do reconhecimento dos problemas de saúde mental pelos profissionais de saúde geral, incluindo os de cuidados primários. Parece crescer a evidência de que, sem a conjugação de esforços de capacitação para lidar com o problema, os desfechos são pífios. Ensaio comparando formatos diversos desta capacitação mostram que a persistência dos canais de interlocução ensino-aprendizado é fator fundamental^{7,8}.

Nesse sentido, cabe ressaltar a especificidade do caráter do cuidado primário. O conceito e a prática dos cuida-

dos primários de saúde (cuidados básicos, posto de saúde, medicina integral, clínica geral, medicina de família e assemelhados) situa-se na franja do indefinido, do possível, do vir-a-ser, ao lado da obrigação de atendimento ao princípio da integralidade do cuidado. Não pode contar com a certeza e o fechamento em si mesma, próprios da especialização, quando esta atua de forma viciada. Esta filosofia dá o embasamento para a reflexão sobre a responsabilidade pelos aspectos de saúde/doença mental dos pacientes dos médicos não psiquiatras. É dos próprios médicos gerais, na medida em que puder continuar fazendo parte do alvo conjunto de suas atuações terapêuticas. Passa a ser necessária a interferência do especialista em saúde mental, quando esses aspectos se destacam de tal forma que confundem, inibem essa ação geral ou, mesmo com a manutenção da clareza do julgamento clínico, passam a demandar uma atenção diferenciada, não pertinente em termos institucionais no nível do cuidado primário.

O objetivo deste trabalho é apresentar dados e considerações a respeito dos pontos acima abordados, no que diz respeito à depressão – epidemiologia e papel dos cuidados primários.

MAGNITUDE DO PROBLEMA: PREVALÊNCIA

Nos estudos brasileiros de comunidade, a prevalência no último ano para “Estados depressivos” foi de 1,5%, 1,3% e 6,7%, respectivamente para Brasília, São Paulo e Porto Alegre, para uma prevalência geral de transtornos mentais de 34,1%, 19,0% e 33,7%, no estudo multicêntrico nacional de comunidade de 1991¹. Na Cidade de São Paulo, foi realizado um levantamento em dois bairros, em época aproximada (1996). A prevalência de um

ano para Episódio Depressivo foi de 7,1% (com 3,5% para homens e 6,7% para mulheres) e a de Distímia 1,4% (1,1% homens e 1,7% mulheres), para uma prevalência geral de 18,8%⁹.

Em revisão de 2002, de estudos epidemiológicos com base populacional no mundo, as prevalências de episódios depressivos variaram de 2,2% a 5,4% (últimos 30 dias), 3,5% a 10,3% (último ano) e 3,7% a 15,7% (na vida)¹⁰. No início dos anos 2000, foi realizado um importante estudo epidemiológico multicêntrico de comunidade em dez países da América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia [*International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys*]. Na maioria deles, a prevalência na vida para Episódio Depressivo Maior ficou na faixa de 8% a 12%. O Japão teve a menor taxa de prevalência - 3% na vida¹¹, como no estudo PPGHC da OMS, em cuidados primários - 2,6%, no último mês¹². Houve associação com ser mulher e solteira. Os membros de coortes mais recentes tiveram maior prevalência na vida, mas com menor persistência do diagnóstico. A comorbidade com transtornos de ansiedade esteve presente de forma importante em todos os países. Estes últimos precederam a depressão, especialmente os transtornos de Pânico e de Ansiedade Generalizada¹¹. Outro estudo multicêntrico de comunidade da OMS alguns anos mais recente [*World Mental Health (WMH) surveys*] separou as informações sobre prevalência nos últimos 12 meses de depressão (Transtorno Depressivo Maior e Distímia) para os nove países desenvolvidos (5,7%) e os seis em desenvolvimento (5,2%). Em ambos, depressão teve maior taxa que os demais transtornos estudados (além do Transtorno Bipolar, os dos grupos de transtornos de ansiedade e de controle de impulsos). Diferença gritante foi demonstrada entre os países para a procura de tratamento para o transtorno

nos últimos 12 meses - 29% no grupo dos desenvolvidos e 8% nos em desenvolvimento¹³. Outra informação importante é a idade de início dos transtornos mentais. No estudo ICPE da OMS, a mediana da idade de início ficou na faixa de 20 a 25 anos na maioria dos centros¹¹. O outro estudo multicêntrico de comunidade da OMS citado (WMH) mostrou que os coeficientes de prevalência têm uma distribuição bastante uniforme entre os centros, sendo baixos até a adolescência, com uma ascensão linear até o final da meia-idade e declínio posterior. A mediana de idade de início variou bastante, entre 25 e 45 anos. O intervalo interquartil do 25º. ao 75º. percentil de todos os centros atingiu 17 a 65 anos. Estes valores são muito próximos ao do grupo de transtornos de ansiedade composto por Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Estresse Pós-Traumático¹⁴.

No âmbito dos cuidados primários de saúde, em nosso meio, o já citado estudo multicêntrico da OMS ainda é o único a trazer informações sobre a distribuição de diagnósticos da CID-10. A prevalência geral no último mês dos transtornos psiquiátricos estudados (os não psicóticos - grupos de ansiedade, depressão, somatização e abuso ou dependência de álcool) atingiu 38%. A prevalência de Episódio Depressivo Atual (incluindo episódios atuais de Depressão Recorrente) foi de 16%, sendo 6% para homens e 20% para mulheres, diferença com significância estatística. A prevalência de Distímia foi de 2,5%, com 1% para homens e 3% para mulheres⁵. A distribuição por idade deste grupo de diagnósticos evidenciou uma progressão inversa, com significância estatística (26% para 15-30 anos; 19% para 31-50 anos e 12% para 51-60 anos)¹⁵. Para os demais 14 centros participantes do estudo, a prevalência de depressão variou de 3% em Nagasaki a 30% em Santiago¹².

Os diagnósticos constituintes dos grupos de ansiedade, depressão e somatização são, muitas vezes, difíceis de discriminar nos ambientes de prática clínica geral, não psiquiátrica. O capítulo V da Classificação Internacional de Doenças, 10ª. Revisão (CID-10)¹⁶ oferece, em cada um desses grupos, diversas opções de inclusão, além dos diagnósticos seminais de Ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada), Depressão (Episódio Depressivo) e Somatização (Transtorno de Somatização). Desde os trabalhos pioneiros de levantamento epidemiológico de morbidade psiquiátrica em comunidade e cuidados primários esses transtornos não psicóticos foram agrupados sob a terminologia de “morbidade psiquiátrica menor”¹⁷ ou “transtornos mentais comuns”¹⁸. A validação de instrumentos de rastreamento, mais simples que os pesados questionários diagnósticos psiquiátricos, permite fornecer estimativas confiáveis para esse conjunto. Assim, no citado trabalho no Ambulatório de Medicina Integral do HUPE, o valor foi de 46%¹⁵. Estudo mais recente, com clientela de unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, também realizado por grupo de pesquisa da UERJ, encontrou 56%¹⁹. Em área abrangida pelo PSF, mas com amostra de comunidade, em São Paulo, o número foi 25%²⁰.

MAGNITUDE DO PROBLEMA: INCAPACIDADE SOCIAL

Em 1990, a OMS apresentou um primeiro estudo sobre Incapacidade, o *Global Burden of Disease* (GBD). Os Episódios Depressivos ou Transtornos Depressivos Unipolares (F32 e F33 da CID-10) foram a principal causa de incapacidade (ou seja, sem incluir o impacto da mortalidade), sendo responsáveis por 11% do total dos anos vividos com incapacida-

de (YLD: *years lived with disability*). Com relação ao impacto geral do adoecimento, ou seja, incluindo os casos fatais, ficaram em quarto lugar, com a responsabilidade de 4% do total de anos de vida ajustados para incapacidade (DALYs: *disability adjusted life years*)²¹ apud ⁶. Dez anos após, continua como principal responsável pela carga não fatal de doença, com 12% do YLDs total e continua como a quarta causa principal da carga geral de doença, com 4% do DALYs total. Para esta medida, existe diferença de gênero, continuando como a quarta causa entre as mulheres (6%), mas passando para a sétima entre os homens (3%). Também existe diferença entre os países de acordo com grau de desenvolvimento econômico – nos de renda alta representa 9%, enquanto nos de renda média e baixa esse número é 4%. No continente americano, é 8%, ficando como a principal causa, e na África é 1%, passando para o 13º. lugar⁶. Para os YLD, ou seja, sem considerar a mortalidade, em 2004 continua em primeiro lugar para homens e mulheres (8% e 13%, respectivamente) e para os dois grupos de países (15% - renda alta e 10% - renda média e baixa)²². Dados de 1998 confirmam que os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição do DALYs total no Brasil (19%), primazia que se mantém em todas as regiões²³. Novamente no estudo WMH, o instrumento diagnóstico continha uma medida de incapacidade específica para cada transtorno investigado. A proporção dos que pontuaram incapacidade grave para depressão foi de 66% nos países desenvolvidos e 52% nos em desenvolvimento, diferença estatisticamente significativa. Cabe assinalar que, no que diz respeito à hipertensão arterial, esse número foi de 5% para os desenvolvidos e 24% para os em desenvolvimento e para asma 8% e 27%, respectivamente¹⁴. O estudo PPGHC da OMS também pôde evidenciar a magnitude da incapacidade entre

os pacientes de cuidados gerais de saúde com diagnóstico de Depressão: 39% tinham incapacidade relacionada ao desempenho do papel social e 46% autorreferiam incapacidade física²⁴. Esses achados foram confirmados em outro estudo nacional em cuidados primários fazendo parte de um estudo multicêntrico internacional (LIDO – *Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*), que mostrou que pacientes com mais sintomas depressivos tinham mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliavam sua qualidade de vida e saúde geral como pior²⁵.

RECONHECIMENTO PELO MÉDICO GERAL

Os médicos clínicos gerais assistentes, no Rio de Janeiro, no estudo PPGHC da OMS, reconheceram como tendo problema psicológico 44% dos casos de Episódio Depressivo Atual e 66% dos casos de Distímia⁵. Para os demais centros participantes do mesmo estudo, esse número para Episódio Depressivo Atual variou muito entre os quinze centros participantes: três centros têm de 70% a 74%, cinco estão na faixa de 56% a 62%, três na de 40% a 44% e os demais de 19% a 28%. Os autores apresentam dados que sugerem que os centros com um modelo mais individualizado de atendimento (seguimento pelo mesmo médico, com sistema de prontuário e agendamento das consultas) têm índices de identificação maiores²⁶.

A questão da acuidade do clínico geral para o reconhecimento dos problemas de saúde mental é abordada de diferentes formas na literatura. Um trabalho recente, de São Paulo comparou clínicos que utilizavam um instrumento diagnóstico próprio para cuidados primários, com psiquiatras usando critérios-padrão do DSM. Foram estudados sintomas de de-

pressão específicos. O que mais se destacou da avaliação dos psiquiatras (razão de verossimilhança) foi o de agitação/retardo psicomotor, pelo número de falsos positivos. O que mais se aproximou foi o de pensamentos suicidas. Interessante notar que a presença de doença somática faz diminuir em muito a sensibilidade para ideias de menos-valia e culpa (91% para 67%)²⁷. Outros estudos já demonstraram que os casos graves e com maior incapacidade social e os com apresentação psicológica são mais facilmente identificados pelos clínicos. Foi feito um estudo de seguimento dos 948 pacientes diagnosticados com Depressão Maior nos quinze centros do estudo PPGHC. 42% foram reconhecidos e diagnosticados corretamente pelo médico geral. Esses pacientes tinham maiores escores de desconforto psicológico e incapacidade, e obtiveram maior redução do desconforto psicológico na avaliação de 3 meses. No seguimento de 12 meses, não houve continuidade nessa diferença a favor dos casos reconhecidos. Esse grupo e o dos não reconhecidos para depressão passaram a não diferir quanto à mudança nessa medida ou no status diagnóstico. Os autores ressaltaram que esses achados e os de estudos semelhantes sugeririam que aumentar o reconhecimento de depressão é apenas o primeiro passo em direção à abordagem mais adequada²⁸.

DIAGNÓSTICO PELO MÉDICO GERAL

Para os médicos clínicos gerais assistentes, no estudo da OMS no Rio de Janeiro, a prevalência do conjunto de diagnósticos de depressão foi de 10%, sendo 13% para as mulheres e 3% para os homens. Esses números mantêm alguma proximidade com a dimensão da prevalência geral e a distribuição entre os sexos

dada pelo instrumento de pesquisa (16%; 20% e 6%)¹⁵. Além da análise da validade (sensibilidade e especificidade frente ao instrumento diagnóstico de pesquisa) pode-se estudar a atuação diagnóstica do clínico per se. Quais os critérios que levam o médico geral diagnosticar ou não um caso como positivo para depressão? Quais as características diferenciais dos critérios diagnósticos estabelecidos? Não se pode esquecer que o único instrumento de diagnóstico positivo em psiquiatria é a avaliação clínica. Os exames médicos complementares são utilizados para a pesquisa de alterações específicas, que poderiam unicamente incluir a manifestação psicopatológica como transtorno mental orgânico. A pesquisa, incluindo metodologia de análise qualitativa, pode buscar caracterizar esses dois subgrupos em que o médico discorda do instrumento diagnóstico – os falsos negativos, que são identificados pelo instrumento diagnóstico mas não se revelam ao clínico geral, o oposto ocorrendo para os falsos positivos. Em estudo onde os prestadores de cuidados primários foram exclusivamente enfermeiros ou curandeiros (*traditional medical practitioners*), na África Subsaariana, enveredam por este caminho, trazendo dados que colocam os falsos positivos como tendo problemas sociais e espirituais como motivo para consulta, não contemplados pelo instrumento diagnóstico, e os falsos negativos como tendo sintomas em menor número e qualitativamente diversos (mais subjetivos) daqueles apresentados pelos considerados doentes mentais de acordo com os critérios locais²⁹. Pode-se levantar a hipótese de haver diferença na validade de face (*face validity*) entre instrumento diagnóstico e prestador de serviço, diferença esta que nesse caso do contraste europeu/africano seria mais radical. Tal linha de investigação parece mostrar que existe uma racionalidade para o reconhecimento ou não de

problemas psiquiátricos por parte do médico não psiquiatra, o que poderia demandar o desenvolvimento de uma tecnologia de treinamento bem mais elaborada do que a simples informação sobre critérios diagnósticos.

O objetivo não deve ser o de aumentar a identificação de problemas psicológicos de forma mecânica, acrítica. Todo cuidado deve ser tomado para, pelo menos, manter-se o relativamente pequeno número de falsos positivos que os médicos clínicos conseguem obter nos estudos – a identificação errônea (em excesso) de um problema psiquiátrico pode bloquear a necessária investigação clínica geral. A intervenção pode ser útil para indicar parte dos casos pela CID-10 não identificados pelo profissional de cuidados primários (falsos negativos), porém poderá fazer com que o médico passe a incluir entre seus positivos uma parcela daqueles que corretamente tinha considerado como negativos para morbidade psiquiátrica. Uma questão importante para a formação e prática médicas, é a da não identificação de um transtorno mental orgânico, apontando-o como um transtorno psiquiátrico funcional, e não procedendo à confirmação diagnóstica e ao tratamento da alteração orgânica de base.

Uma possibilidade de trabalho conjunto, que vem sendo aplicada no Brasil, é o do apoio matricial, com equipes especializadas de saúde mental atuando no campo da saúde da família. Esta atuação tenta fugir do modelo tradicional de referência/contrarreferência, com atividades de consultoria técnico-pedagógicas, consultas conjuntas, e ações assistenciais especializadas, em grupo, ainda com participação conjunta. É possível o atendimento psicológico ou psiquiátrico individual, realizado pelo especialista, idealmente limitado no tempo³⁰.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Quanto à abordagem terapêutica, no estudo da OMS no HUPE, entre os casos que os médicos assistentes reconheceram como tendo um problema psicológico e que tinham um diagnóstico de pesquisa de Depressão, somente 5% receberam antidepressivos, enquanto a 34% foram prescritos tranquilizantes⁵. Também em cuidados primários e com um desenho naturalístico observacional, em Porto Alegre, ao final dos anos 90, entre 179 pacientes com diagnóstico de pesquisa de depressão, ao final de nove meses, 42% ainda apresentavam este diagnóstico e 68%, sintomas depressivos. Somente 25% apresentaram remissão completa dos sintomas. 73% não receberam qualquer tratamento específico durante o estudo e apenas 9% foram tratados com dose adequada de antidepressivo. Cabe assinalar que os médicos clínicos foram avisados por carta sobre o diagnóstico de depressão, logo que este foi estabelecido. Também chama a atenção a “negativação” do diagnóstico em 58% dos pacientes (apesar da remissão completa dos sintomas ocorrer em apenas 25% dos casos), mesmo com a pouca mobilização dos clínicos para o tratamento específico³¹. A utilização de dose adequada de antidepressivo, provavelmente, aumentaria a taxa de remissão completa de sintomas, objetivo importante, uma vez que a “clínica da depressão” em cuidados primários é composta por quadros leves e subclínicos. O termo “límitrofes” seria mais adequado, uma vez que quase sempre existe sofrimento que demanda e justifica a atuação clínica. Neste trabalho, o estudo da autoavaliação da qualidade de vida mostrou que não houve aumento da avaliação positiva ao final do período de observação (54% no início e 50% ao final), apesar da relativa melhoria sintomatológica³¹. A complexi-

dade do campo indica a necessidade do desenvolvimento de estudos mais sofisticados, conjugando metodologia quantitativa e qualitativa, buscando avaliar dimensões específicas de satisfação intra e extraencontro clínico. Uma hipótese seria a de que o tratamento (precoce) dos casos leves evitaria a progressão da doença mental, no sentido da gravidade dos sintomas e da incapacidade (prevenção secundária). O médico geral é o que está mais próximo para essa atuação imediata, que se pretende resolutive. Os pacientes com situações psicopatológicas mais graves, não identificadas e não tratadas, certamente, já estão vivenciando problemas junto a seus médicos gerais, incluindo os relativos à condução do trabalho terapêutico geral e, provavelmente, já necessitariam de alguma intervenção especializada, quer como apoio (supervisão, consulta conjunta, matriciamento) e/ou atendimento direto.

Essa característica dos cuidados primários indica também a necessidade do estímulo à utilização da abordagem psicossocial.

ESTUDO DE INTERVENÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

Diversos estudos abordam a eficácia de intervenções buscando melhorar dos resultados terapêuticos. O título de um artigo de um dos mais profícuos grupos de investigadores desse campo, do Estado de Washington, nos EUA, resume uma das vias de atuação. Sua tradução livre seria “Atuação colaborativa visando atendimento das diretrizes de tratamento – impacto na depressão em cuidados primários”. As intervenções visando atingir um objetivo prévia e externamente definido incluíram incremento das características e frequência das consultas nas primeiras 4 a 6 semanas

– consulta 1 e 3 com o médico de cuidados primários e 2 e 4 com um psiquiatra. Havia também seguimento contínuo da aderência à prescrição medicamentosa durante as fases de continuação e manutenção do tratamento. Foram apresentados materiais escritos e gravados como estratégia de educação em saúde. Houve aumento significativo da aderência à prescrição tanto para os casos de Depressão Maior como para Depressão Menor, mas somente para os primeiros houve aumento da satisfação com o atendimento e indicadores efetivos de melhoria da depressão³². Dois pontos da discussão do artigo merecem serem ressaltados. A resposta diferencial entre os casos definidos de depressão e os limítrofes, onde inclui-se a Depressão Menor do DSM, com o rigor medicamentoso e informativo, parece indicar a necessidade de abordagem também diferencial entre os dois grupos. Um caminho de pesquisa seria a valorização da abordagem psicossocial para os casos limítrofes e talvez os de depressão leve. O outro ponto, na verdade correlato, mostra como o investimento em tempo, principalmente nas primeiras 4 a 6 semanas de tratamento, com o consequente conhecimento mais íntimo do caso e o acompanhamento rígido da aderência à medicação, mesmo sem a inclusão de abordagem psicossocial outra que não a educação para a saúde, pode propiciar melhoria significativa nos casos mais graves.

Um estudo na Inglaterra ofereceu quatro opções de tratamento, de forma aleatória, a pacientes encaminhados pelos médicos gerais, com diagnóstico de depressão confirmado por instrumento padronizado – terapia de resolução de problemas feita pelo médico geral pesquisador, ou pelo enfermeiro pesquisador, medicação antidepressiva e terapia de resolução de problemas pelo enfermeiro pesquisador, exclusivamente medicação antidepressiva pelo médico geral pesquisador. Como re-

sultado, os pacientes mostraram melhoras claras em 12 meses (cerca de dois terços) em todos os grupos, mantida em avaliação de seguimento de 52 meses. Os autores ressaltam a indicação de que a combinação dos tratamentos não é mais eficaz que o tratamento isolado, e que a abordagem psicoterápica (pelo médico ou pelo enfermeiro, todos os dois com treinamento específico) é tão adequada quanto a medicamentosa. Observam que a formação na técnica psicoterápica seria obrigatória, e portanto deveria haver este recurso para indicação pelo médico geral. A possibilidade de formação do médico para aplicação da técnica ainda precisaria ser estudada. Também é importante a existência de disposição por parte do paciente em participar de um processo onde é exigida sua colaboração ativa. Esse ponto colocaria limitações para a inclusão dos casos mais graves. O artigo traz uma explicação sucinta do processo psicoterápico, que ocorreria em seis estágios: esclarecimento e definição dos problemas; escolha de objetivos alcançáveis; geração de propostas de resolução; escolha das propostas; implementação das propostas escolhidas; avaliação. A primeira sessão dura uma hora e as demais trinta minutos. Os autores ressaltam que, com essa proposta, os pacientes obtêm uma sinalização clara quanto à necessidade de seu próprio envolvimento no processo terapêutico³³.

Os dois estudos citados valorizam o investimento nas consultas iniciais, com o planejamento terapêutico claro, e garantia da adesão. Parecem indicar que a depressão grave em si não traz impedimento para o atendimento exclusivo pelo clínico geral. A chamada refratariedade à abordagem farmacológica, de origem constitucional biológica e/ou de personalidade, bem como dificuldades de caracterização diagnóstica podem constituir os pontos de maior dificuldade. Por outro lado, os casos

mais leves parecem ter boa resposta à psicoterapia, que pode ter um formato específico, diferente daquele tradicional, este último certamente exigido para os casos de comprometimento importante da personalidade. Com efeito, outro estudo mais recente, este na América do Sul, mostrou que a inclusão nas sete primeiras semanas em grupos de psicoeducação (somado a medicação para os casos graves) trouxe mais benefícios terapêuticos que o tratamento usual pelo clínico³⁴.

O médico de cuidados primários, entendido como o profissional responsável por uma população adscrita, a quem presta cuidados continuados, que no Brasil corresponde à estratégia da saúde de família, pode ter papel-chave na identificação, acolhimento e intervenção dialogante, nos momentos de conflitos e desconforto psicossociais. Para isso, requer-se a valorização do papel da consulta médica como instrumento tecnológico preciso, capaz de resolutividade *per se*. Shepherd e cols., nos idos de 1966, faziam uma ligação direta entre a função deste médico de comunicação com o paciente e a possibilidade de manejo dos então ainda chamados “transtornos neuróticos”. Valoriza, neste sentido, seu papel de educador e de participante de uma equipe de saúde pública, visando a abordagem do paciente integral³⁵, constituindo-se como médico pessoal (*personal doctor*)³⁶ apud ³⁵.

CONCLUSÕES

Na maioria dos estudos de comunidade no Brasil e no mundo, a prevalência de depressão em um ano ficou na faixa de 8 a 12%. Embora a taxa entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento seja uniforme, a procura para tratamento foi de 29% nos primeiros e somente 8% nos segundos. Houve associação com ser mulher

e solteira. O pico de prevalência seria o final da meia-idade, com a idade de início principalmente entre 25 e 45 anos.

Em cuidados primários, a prevalência de depressão chegou a 16% no Rio, variando de 3% em Nagasaki a 30% em Santiago. Utilizando-se a medida mais ampla de “morbidade psiquiátrica menor” ou “transtornos mentais comuns” fica-se em torno de 50%.

Os Episódios Depressivos foram a principal causa de incapacidade (ou seja, sem incluir o impacto da mortalidade), em medidas internacionais, desde 1990, tanto para homens e mulheres, como para países desenvolvidos ou não.

O índice de reconhecimento de depressão pelos clínicos gerais varia bastante entre os centros, mas situa-se em torno de 42%. Os casos graves e com maior incapacidade social e os com apresentação psicológica seriam mais facilmente identificados pelos clínicos.

Estudos demonstram que existe uma racionalidade para o reconhecimento ou não de problemas psiquiátricos por parte do médico não psiquiatra, o que poderia demandar o desenvolvimento de uma tecnologia de treinamento bem mais elaborada do que a simples informação sobre critérios diagnósticos. No Brasil, o apoio matricial, com equipes especializadas de saúde mental, atua diretamente no campo da saúde da família, buscando incrementar a avaliação e a atuação terapêutica no nível local.

A atuação terapêutica específica dos médicos de cuidados primários é bastante tímida. Os estudos de intervenções demonstram a efetividade da ênfase nas primeiras semanas de tratamento da depressão, com o estabelecimento de um plano terapêutico e cuidados para a garantia da adesão. A possibilidade de trabalhos psicoterápicos específicos foi também mostrada.

O papel do “médico pessoal”, garantindo o seguimento longitudinal do paciente, como na proposta da estratégia da saúde da família, no Brasil, possibilita ao médico atuação junto aos aspectos psicossociais de sua clientela.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. *British Journal of Psychiatry*. Br J Psychiatry. 1997 Dec; 171:524-9.
2. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, editores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.119-41.
3. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999 May; 21(Depressão). p.11-5.
4. Üstün TB, Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons;1995. 398p.
5. Villano LAB, Nanhay ALG, Moraes LR, Costa e Silva JA. Results from the Rio de Janeiro Centre. In: Üstün TB, Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons;1995. p. 227-45.
6. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004 May; 184:386-92.
7. Dowrick C. Advances in psychiatric treatment in primary care. *Adv Psychiatric Treatment*.2001;7: 1-8.
8. Gask L, Croft J. Methods of working with primary care. *Adv Psychiatric Treatment*. 2000;6:442-9.
9. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Jul; 37(7): 316-25.
10. Vorcaro CMR, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *J.bras.psiquiatr*. 2002;167-82.
11. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
12. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons;1995. p.322-34.
13. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2008 May;192(5):368-75.
14. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009 Jan-Mar; 18(1): 23-33
15. Villano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1998
16. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID 10*. Trad.:Caetano D. Artmed:Porto Alegre.1993.
17. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo: Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry*, 1987;22:129-38.
18. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: A bio-social model*. London:Routledge, 1992
19. Fortes S, Villano LAB, Lopes C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2008; 30 (1): 32-7.
20. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8):1639-48.
21. Murray CJL, Lopez A. *Global Health Statistics: A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for over 2000 Conditions*. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996
22. WHO. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. [acesso em 18 de maio de 2011] Disponível em: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf.
23. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*.2004; 9 (4).
24. Ormel J, Costa e Silva JA. The impact of psycho

- pathology on disability and health perceptions. In Üstün TB, Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995. p.335-46.
25. Fleck MPA, Lima AFBS*, Louzada S et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):431-8.
 26. Üstün TB, Von Korff M. Primary mental health services: access and provision of care In: Üstün TB, Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995. p.347-60.
 27. Henriques SG, Fráguas R, Iosifescu DV et al. Recognition of depressive symptoms by physicians Clinics (Sao Paulo). 2009;64(7):629-35.
 28. Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Mar-Apr; 21(2):97-105.
 29. Patel V, Mann A. Ethic and emic criteria for non-psychotic mental disorder: a study of the CISR and care provider assessment in Harare. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997; 32(2):84-9.
 30. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*. 2007; 6 (2): 34-42.
 31. Lima AFBS; Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev. Bras. Psiquiatr*. ahead of print Epub Mar 11, 2011.
 32. Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines - Impact on Depression in Primary Care. *JAMA*. 1995 Apr; 273 (13):1026-31.
 33. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*. 2000 Jan; 320(7226): 26-30.
 34. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
 35. Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton G. *Psychiatric Illness in General Practice*. London: Oxford University Press; 1966. 215p.
 36. Fox TF. The personal doctor. *Lancet* 1960; i, 743.

ABSTRACT

In most community studies in Brazil and worldwide, the prevalence of depression in one year was in the range of 8 to 12% and was associated with being female and unmarried, with peak prevalence in late middle age. In primary care the prevalence of depression reached 16% in Rio. Using the broadest measure of ‘minor psychiatric disorders or mental distress is around 50%. The depressive episodes were the leading cause of disability (ie, not including the impact of mortality), on international measures since 1990 for both men and women, as for developed countries or not. The rate of recognition of depression by general practitioners is situated around 42%. Severe cases and greater social disability and those with psychological presentation would be more easily identified by clinicians. Intervention studies show the effectiveness of the emphasis in the first weeks of treatment for depression, with the establishment of a treatment plan and care for the guarantee of adherence. The role of the “personal doctor”, ensuring longitudinal follow-up of the patient, as is the case in the Family Health Strategy in Brazil, allows to work with the psychosocial aspects of the clientele.

KEYWORDS: Depression; Epidemiology; Primary Health Care.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.