



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

PAULO MIGUEL DINIS ÁVILA

***ASPECTOS SOMÁTICOS DA DEPRESSÃO NOS
CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO**

MARÇO/2010

ÍNDICE

Resumo	2
Abstract	3
Palavras-chave	4
Key words	4
Introdução	5
Métodos	8
Epidemiologia da depressão nos cuidados primários de saúde	9
Problemas no diagnóstico	13
Factores ligados ao paciente	14
Factores ligados ao médico	15
Factores ligados ao modelo de atendimento	15
Factores ligados aos critérios de diagnóstico	16
Depressão e somatização	18
Sintomas somáticos	21
Dor na depressão	22
Sintomas somáticos e evolução da depressão	25
Comorbilidade entre depressão, ansiedade e perturbação somatoforme	26
Os ISRS no tratamento da depressão somatizada	28
A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos sintomas medicamente inexplicáveis	30
Alteração dos critérios classificativos na futura DSM-V?	32
Conclusão	35
Referências/Bibliografia	39

RESUMO

A depressão é comum nos cuidados primários de saúde. Os sintomas somáticos são um componente nuclear da perturbação depressiva, apresentando-se a maioria dos pacientes com perturbações psicológicas ou psiquiátricas exclusivamente através deste tipo de sintomatologia. Este facto apresenta dificuldades diagnósticas acrescidas, a uma patologia já por si nem sempre fácil de diagnosticar nos cuidados primários de saúde. Os sintomas somáticos parecem estar relacionados com a severidade da depressão e com a sua evolução; quantos mais forem, maior será a gravidade da perturbação. Dentro da sintomatologia somática, a dor é um dos sintomas mais comuns. Esta é mais prevalente nos indivíduos com depressão, tal como a depressão tem maior prevalência nos indivíduos com queixas álgicas crónicas, estando esta associação relacionada com pior prognóstico de ambas as situações. Existe uma grande comorbilidade entre a depressão, ansiedade e perturbações somatoformes, havendo pouca evidência de que estas três perturbações sejam entidades separadas. Para melhorar os resultados no diagnóstico, podem ser benéficas medidas de carácter educacional; os médicos de clínica geral devem apresentar um elevado grau de suspeição perante um quadro de sintomas medicamente inexplicáveis. Os sintomas somáticos são um alvo terapêutico fundamental e relevante para os resultados globais do tratamento da depressão. Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina são uma alternativa válida ao tratamento, mas não a mais eficaz; a terapia cognitivo-comportamental é uma alternativa ao tratamento farmacológico que necessita de mais investigação. A *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) mostrou-se inadequada à classificação dos pacientes com depressão acompanhada de sintomas somáticos, principalmente nos cuidados primários de saúde, sendo necessário alterar os critérios classificativos na futura DSM-V.

ABSTRACT

Depression is common in primary health care. Somatic symptoms are a core component of the depressive disorder, with the majority of patients with psychological or psychiatric disorders presenting themselves exclusively through this type of symptomatology. This presents increased diagnostic difficulties in a pathology hard to diagnose by itself in primary care. Somatic symptoms appear to correlate with the severity of depression and its evolution; the more they are, the greater the severity of the disturbance. Pain is one of the most common somatic symptoms. It is more prevalent in depression, as depression is more prevalent in individuals with chronic pain complaints, having this relationship worse prognosis for both situations. There is a large comorbidity between depression, anxiety and somatoform disorders and there is little evidence that these three disorders are separate entities. Training measures could be useful in improving the diagnosis rate; general practitioners must have a high degree of suspicion when presented with medically unexplained symptoms. Somatic symptoms are a primary target when assessed the global results of depression treatment. Selective serotonin reuptake inhibitors are a viable alternative to treatment, but not the most effective; cognitive-behavioural therapy is an alternative to pharmacological treatment that needs further investigation. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* has proven to be inadequate for classification of patients with depression accompanied by somatic symptoms, especially in primary health care. Thus, it is necessary to change the sorting criteria in the forthcoming DSM-V.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão, cuidados primários de saúde, somatização, sintomas somáticos, dor, sintomas medicamente inexplicáveis.

KEY WORDS

Depression, primary health care, somatization, somatic symptoms, pain, medically unexplained symptoms.

INTRODUÇÃO

A depressão é um dos problemas mais graves de Saúde Pública com que se debate a sociedade. É uma patologia com elevada morbidade que, apesar de ter tratamento eficaz, nem sempre é identificada e tratada. Classicamente, consideramos estar perante uma perturbação depressiva *major* aquando da presença de dois ou mais episódios depressivos *major*. Estes, por sua vez, são definidos como períodos de, pelo menos, duas semanas, durante os quais existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR), 2000). Fazem parte dos critérios de diagnóstico do episódio depressivo *major* a presença de humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo ou pela observação de outros; a diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades; a perda ou aumento de peso, bem como diminuição ou aumento do apetite; a insónia ou hipersónia; a agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; a presença de sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão; e a presença de pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

No entanto, nem todas as depressões se apresentam ao médico com estas características. Conforme referem Cassano e Fava (2002), os pacientes com perturbações depressivas apresentam-se, tipicamente, com uma panóplia de sintomas psicológicos, comportamentais e físicos. Estes últimos são extremamente frequentes. Aliás, segundo Simon

et al (1999), 69% dos pacientes com critérios para depressão *major* nos cuidados primários de saúde apresentavam-se unicamente através de sintomas somáticos.

Antes de mais, é necessário definir a que corresponde o termo “somatização”. Em 1988, Lipowski definiu-o como sendo a tendência para sentir e comunicar o mal-estar somático e os sintomas não explicados por quaisquer resultados patológicos, para os atribuir a doença orgânica e procurar a respectiva ajuda médica. Já de acordo com Kirmayer e Robbins (1991), somatização pode referir-se a vários fenómenos, sendo as três seguintes definições as mais frequentes: a primeira, mais abrangente, identifica os pacientes com somatização como sendo aqueles com problemas do foro psiquiátrico, mas que se apresentam ao médico através de sintomas somáticos; a segunda descreve os pacientes com somatização como sendo aqueles com problemas psicológicos que se apresentam com preocupações relacionadas com a saúde, ou queixas hipocondríacas, um quadro de sintomas medicamente inexplicáveis; finalmente, a última definição encara a somatização como sendo uma defesa psicológica em relação à constatação ou expressão de um distúrbio psicológico, ou seja, há negação da presença de patologia psiquiátrica quando inquiridos pela origem dos sintomas somáticos.

Os cuidados primários de saúde são a grande porta de entrada do paciente no sistema de saúde. Os médicos debatem-se com um vasto leque de sintomas e patologias, tendo que realizar diagnósticos num período relativamente curto de tempo. Neste vasto rol de patologias, muitas vezes apresentam-se várias com a mesma sintomatologia, podendo levar a situações de incorrecção diagnóstica. A depressão, apesar de ter prevalências na ordem dos 10%-20% nos cuidados primários (Kirmayer et al (1993)), é frequentemente ignorada pelo médico de clínica geral. Foram identificadas várias possíveis causas para este facto, desde o estigma da própria depressão à não valorização dos sintomas depressivos (Cassano e Fava (2002)). Não obstante, tem havido um aumento de consciencialização sobre a presença desta

patologia nos cuidados primários que não tem evitado a dificuldade em efectuar o diagnóstico da depressão aquando do recurso aos serviços de saúde por parte do paciente. Para este facto contribui a apresentação através de sintomas somáticos que, sendo a mais frequente, é aquela onde é mais difícil reconhecer a depressão subjacente.

Assim sendo, torna-se relevante efectuar a associação entre a depressão e a somatização, tendo em conta a importância que ambos os temas apresentam, principalmente nos cuidados primários de saúde. Para tal, disponho-me a realizar uma revisão da literatura existente sobre estes temas.

MÉTODOS

A Medline foi pesquisada para recolha de artigos originais que ilustrassem o peso das perturbações depressivas e somatização nos cuidados primários de saúde. Foram pesquisados artigos em inglês e português, através das palavras-chave *depression*, *somatization*, *somatic symptoms*, *medically unexplained symptoms*, *primary care* e *general practice*. Outros artigos e documentos poderão ter sido incluídos por estarem referenciados em índices de artigos de referência.

Para sistematizar a informação disponível em Portugal, foi realizada uma pesquisa no Índice das Revistas Médicas Portuguesas com os termos *depressão*, *somatização*, *sintomas somáticos*, *sintomas medicamente inexplicáveis* e *cuidados primários*. De referir a existência de dificuldades verificadas na realização da pesquisa bibliográfica portuguesa, devido à incompleta indexação em bases de dados. Como tal, é possível a existência de artigos potencialmente relevantes não presentes nesta revisão.

EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Os distúrbios psiquiátricos são comuns nos cuidados primários de saúde (CPS) e o médico de clínica geral (MCG) tem um papel fundamental no reconhecimento e subsequente tratamento destes distúrbios. Lépine et al (1997), no estudo DEPRES (Depression Research in European Society), referem que apenas 57% dos doentes deprimidos procuram activamente ajuda para a sua depressão, sendo que a maior parte destes fá-lo recorrendo ao MCG, facto que exacerba a importância destes clínicos.

É necessário, antes de mais, apresentar uma pequena nota. A prevalência da depressão refere-se sempre ao número de pessoas que apresentam a perturbação em causa num determinado momento, independentemente de quando esta possa ter tido início. Apresenta variações conforme o local de prestação de cuidados onde ocorre a recolha da informação e consoante as culturas e localizações geográficas, mesmo quando são utilizados os mesmos métodos de recolha e análise da informação.

Os dados epidemiológicos em Portugal são muito escassos. Refere-se a existência de dois estudos realizados na zona Centro que revelaram a presença de sintomas depressivos significativos em 16,9% a 18,4% da população e um outro realizado no Algarve que revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva de 17,8% (Serra e Firmino (1989), Serra et al (1987), Seabra e Cruz (1991) e Fabião et al (2008)).

Existem vários estudos a nível mundial sobre a presença de depressão nos CPS, onde são demonstrados dados epidemiológicos desta patologia.

Num estudo liderado por Brenes (2007) em duas clínicas universitárias de cuidados primários dos EUA, 13,5% dos pacientes inquiridos possuíam sintomas ligeiros de depressão, enquanto 16,3% possuíam sintomas moderados a severos, ou seja, cerca de 30% dos pacientes apresentavam sintomas de depressão. Brenes utilizou o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que avalia 21 sintomas e atitudes típicas de doentes com depressão, para determinar os sintomas de cada paciente. Os resultados desta escala, uma vez somados, variam entre 0 e 63, sendo que resultados entre 0 e 10 indicam sintomas depressivos mínimos, 11 a 17 indicam sintomas ligeiros, correspondendo os valores entre 18 e 63 a sintomas depressivos moderados a severos. De referir que este estudo baseava-se na pesquisa de sintomas e não de distúrbios propriamente ditos.

Mergl et al (2007), no seu estudo realizado na Alemanha, detectaram prevalências de perturbações depressivas nos CPS de 22,8%. No entanto, a percentagem de pacientes com pelo menos um diagnóstico de uma perturbação depressiva ao longo da vida foi de 40,6%, sendo a perturbação mais frequente a depressão *major* (18,0%).

De acordo com Löwe et al (2008), 6,6% dos pacientes nos CPS dos Estados Unidos da América tinham uma forma severa de depressão. Destes, 75% apresentavam como comorbilidade ansiedade, somatização, ou ambos. Foi utilizada a escala PHQ-8, correspondente ao módulo da depressão do Patient Health Questionnaire, para identificar a depressão de acordo com os critérios da DSM-IV e a PHQ-15 para avaliar a somatização. De referir que esta última não consegue fazer a distinção entre sintomas explicados ou inexplicáveis medicamente, pelo que os autores optaram por utilizar um limiar elevado (resultados ≥ 15) com vista a aumentar a probabilidade de diagnóstico de uma perturbação somatoforme.

Jackson e Kroenke (2008), no seu estudo sobre perturbações multissomatoformes nos CPS, identificaram depressão *major* em 8,4% dos pacientes, distímia em 1,4% e depressão *minor* em 13,2%. A perturbação distímica, também chamada por alguns como “depressão crónica”, caracteriza-se essencialmente pela longa duração do quadro depressivo, nomeadamente uma duração superior a 2 anos, enquanto a perturbação depressiva *minor* é caracterizada por não atingir os cinco itens necessários para classificar como perturbação depressiva *major*. O diagnóstico foi realizado através de uma entrevista estruturada que faz o diagnóstico de depressão através dos critérios da DSM-IV, a Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).

Num estudo sobre o diagnóstico de depressão em mulheres nos CPS na Suécia, Stromberg et al (2008) detectaram uma prevalência de 22,4% neste sexo, sendo que a depressão era classificada como ligeira em 43% dos casos, moderada em 53% e severa em 3% dos casos. Neste estudo, também foi utilizado o BDI, já explanado anteriormente. A depressão foi diagnosticada de acordo com os critérios da DSM-IV, tendo a gravidade da depressão sido medida através da Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), uma escala com 10 itens de valores entre 0-6 cada. A gravidade da depressão, nesta escala, é classificada como ausência de depressão (<7), depressão ligeira (7-19), depressão moderada (20-34) ou depressão severa (35-60). É de referir a elevada prevalência que foi identificada nas mulheres, bem como o facto de cerca de metade apresentar sintomas de gravidade moderada.

Mitchell et al (2009) realizaram uma meta-análise de 41 estudos sobre o diagnóstico da depressão nos CPS, tendo chegado à conclusão que a prevalência geral da patologia se situava nos 19,5%, sendo que a prevalência nos estudos incidentes na população entre 18-65 anos era de 18,4%, naqueles sobre população com 65 ou mais anos de 15,9% e nos estudos

incidentes sobre população adulta e idosa de 27,6%. A prevalência apresentou variações significativas entre os vários países, sendo a maior nos Países Baixos (22,6%) e a menor na Austrália (10,2%). Segundo esta meta-análise, os médicos de clínica geral (MCG) identificaram correctamente a depressão em 47,3% dos casos, ou seja, em cerca de metade dos pacientes. No entanto, apenas tomaram nota ou documentam essa depressão em 33,6% dos casos, podendo indicar que exista alguma relutância em classificar os pacientes como deprimidos, mesmo que preencham os critérios para tal. Ao mesmo tempo, os MCG excluíram a patologia em 81,3% dos indivíduos que não a possuíam. Tendo sido calculados os valores preditivos positivo e negativo (42,0% e 85,8%, respectivamente), esta meta-análise sugere uma conclusão interessante: por cada 100 casos atendidos nos CPS, existem mais falsos positivos (n=15) do que casos não diagnosticados (n=10) ou diagnosticados correctamente (n=10).

Estes dados parecem indicar que existem alguns problemas no diagnóstico da depressão.

PROBLEMAS NO DIAGNÓSTICO

É de consenso generalizado que as perturbações depressivas são mal reconhecidas e tratadas. Num estudo realizado pela OMS, Üstün e Von Korff (1995) chegaram à conclusão de que apenas 39,1% dos pacientes com depressão eram identificados como tendo uma “perturbação psicológica”, sendo consideravelmente menos os que eram diagnosticados com perturbações depressivas. Daqueles que eram reconhecidos, apenas 22,2% receberam tratamento antidepressivo, tendo havido uma maior percentagem a receber tratamento ansiolítico (27,6%) ou até mesmo outro tipo de tratamento farmacológico (23,2%).

Nuyen et al (2005) relacionaram a presença de comorbilidades somáticas e psiquiátricas no diagnóstico da depressão nos CPS, tendo obtido resultados que indicam uma interacção significativa entre estes factores. Em pacientes sem comorbilidades somáticas crónicas, baixos níveis de escolaridade, depressões menos severas e menor número de consultas estavam associados a um aumento da probabilidade de não serem diagnosticados com depressão. Em contraste, nos pacientes com comorbilidade somática crónica, apenas o facto de não apresentarem comorbilidade psiquiátrica concomitante diminuía a probabilidade de serem diagnosticados com depressão.

Num estudo recente realizado em Itália, Menchetti et al (2009) chegaram à conclusão de que o reconhecimento da depressão varia significativamente de acordo com a apresentação do doente e com a frequência das consultas. Pacientes que se apresentem com queixas físicas e com um menor número de consultas são menos frequentemente diagnosticados por depressão. Este facto também foi observado quando os pacientes se apresentavam com queixas algicas. Outra conclusão que este estudo atinge recai sobre a terapêutica destes pacientes: a utilização de fármacos antidepressivos era menor nos que apresentavam sintomas

que não fossem do foro psicológico. Curiosamente, a apresentação somática apenas se revelou uma barreira no diagnóstico nos casos em que houve baixa frequência de consultas, não tendo havido diferenças significativas no diagnóstico entre os pacientes com sintomatologia somática e elevada frequência de consultas e aqueles com apresentações psicológicas. Uma conclusão possível é a de que a detecção da depressão necessitou de um maior número de consultas devido às várias tarefas que o médico tem que desempenhar durante as consultas. Como consequência, uma maior exposição à sintomatologia do paciente terá facilitado o diagnóstico nos casos em que as queixas eram predominantemente somáticas. No caso dos doentes com queixas álgicas, o risco de não ser identificada a depressão não apresentou relação com o número de consultas, sendo elevado tanto naqueles com elevada frequência como nos com baixa frequência de consultas. Este facto poderá significar que a teoria da exposição à sintomatologia poderá depender do tipo dos sintomas apresentados ou das diferentes situações clínicas.

Lemelin et al (1994), numa revisão da literatura existente à data, identificaram várias razões para as falhas recorrentes no diagnóstico de depressão nos CPS, que ainda hoje se aplicam.

FACTORES LIGADOS AO PACIENTE

Os pacientes nos CPS apresentam-se menos visivelmente deprimidos que aqueles em serviços de saúde mental. Muitas vezes são pacientes com problemas de saúde de longa duração, sendo difícil diferenciar entre uma tristeza normal e uma depressão.

Pacientes com depressão nos CPS têm mais sintomas somáticos. Têm várias queixas envolvendo vários sistemas orgânicos e referem raramente problemas emocionais como

principal preocupação. Muitos não reconhecem as suas alterações de humor e, dos que reconhecem, vários atribuem a causa aos seus sintomas físicos.

Os pacientes com depressão utilizam com maior frequência os serviços de saúde que os não deprimidos.

FACTORES LIGADOS AO MÉDICO

A tendência que os médicos e pacientes têm em dar mais atenção às queixas somáticas contribui para alguns dos problemas no diagnóstico de perturbações depressivas nos CPS. Os médicos, muitas vezes, não acreditam na presença de uma depressão, a não ser que os pacientes indiquem sintomas típicos espontaneamente. Frequentemente, os clínicos desconhecem que problemas psicossociais podem estar subjacentes às queixas somáticas e que a depressão pode exacerbar sintomas de doenças crónicas. Por vezes, os médicos podem mostrar-se relutantes em sugerir uma associação entre os sintomas somáticos e uma alteração de humor subjacente, por receio que os pacientes interpretem a sugestão como uma acusação de fingimento.

FACTORES LIGADOS AO MODELO DE ATENDIMENTO

A prática clínica nos CPS é caracterizada por um elevado número de curtas consultas. Este facto, por si, pode afectar a orientação diagnóstica. Durante uma consulta, os médicos têm tendência em focalizar a atenção em queixas primárias e não secundárias. Como tal, um diagnóstico como o de depressão poderá ser feito só ao fim de várias consultas.

FACTORES LIGADOS AOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Apesar da aplicação de vários critérios de diagnóstico e da utilização de modelos de entrevista estruturados, as categorias psiquiátricas das perturbações depressivas poderão não ser adequadas à população dos CPS, uma vez que foram desenvolvidas para descrever pacientes que passaram por vários filtros antes de chegarem a uma clínica psiquiátrica e, como tal, baseiam-se numa amostra populacional não representativa dos CPS.

Muitos pacientes nos CPS sofrem de afecções psiquiátricas bem descritas, como é o caso da depressão *major*. No entanto, muitos mais apresentam-se com sintomas menos severos, não preenchendo os critérios para as categorias de diagnóstico existentes.

Paciente

- **Nem sempre visivelmente deprimido**
- **Queixas físicas frequentes**
- **Maior nível de somatização, quando comparados com pacientes em clínicas psiquiátricas**
- **Sintomas somáticos geralmente envolvem mais do que um sistema orgânico**
- **Melhor aceitação de diagnóstico físico do que psicológico**
- **Elevada frequência de consultas**
- **Coexistência da depressão com doença física**

Médico

- **Tendência a focalizar no somático**
 - **Sente necessidade da demonstração de sintomas típicos pelo paciente**
 - **Desconhecimento de que problemas psicossociais por vezes estão subjacentes a queixas somáticas**
 - **Desconhecimento de que a depressão pode exacerbar sintomas de doenças crónicas**
 - **Preocupação em sugerir depressão por medo de interpretação como acusação de fingimento**
 - **Atribuição da perturbação a situações autolimitadas**
-

Modelo de atendimento
<ul style="list-style-type: none">• Consultas de curta duração• Maior importância dada às queixas físicas• Necessária mais do que uma visita para diagnosticar depressão
Crítérios de diagnóstico
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvidos em populações de referência• Muitas situações não se encaixam nos critérios

Tabela 1 – Factores ligados aos problemas no diagnóstico da depressão nos cuidados primários de saúde. (adaptada de Lemelin et al (1994))

Como foi referido anteriormente, os sintomas físicos são extremamente prevalentes nos CPS, apresentando-se 69% dos pacientes com critérios para depressão *major* unicamente através de sintomas somáticos (Simon et al (1999)). Vários estudos têm estabelecido uma relação evidente entre a depressão e a somatização.

DEPRESSÃO E SOMATIZAÇÃO

A terminologia utilizada na linguagem médica para descrever os sintomas somáticos na depressão é confusa e contraditória. Como referem Tylee e Gandhi (2005), muitos termos têm sido utilizados ao longo dos anos para descrever o fenómeno dos sintomas somáticos na depressão: sintomas físicos, condições físicas crónicas dolorosas, sintomas medicamente inexplicáveis, sintomas somatizados, sintomas dolorosos, somatização, sintomas somatoformes, sintomas psicossomáticos, entre outros. Em geral, o termo “sintomas somáticos” é aqui utilizado com o sentido de descrever um conjunto de sintomas que incluem alterações no apetite e libido, falta de energia, sintomas somáticos não dolorosos (como sejam palpitações, dispneia) e dores generalizadas (por exemplo, cefaleias, dores músculo-esqueléticas).

É importante não confundir os sintomas somáticos associados à depressão com as perturbações somatoformes, entre as quais fazem parte a perturbação de somatização, hipocondria, entre outras. Segundo a DSM-IV-TR, a característica comum das perturbações somatoformes consiste na presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral mas que não são completamente explicados por este, por efeitos directos de substâncias ou por outras perturbações mentais. Os sintomas têm que causar mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional, ou noutras áreas. Nas perturbações somatoformes, os sintomas físicos não são intencionais nem existe um estado físico geral diagnosticável que os explique totalmente.

O diagnóstico diferencial entre os sintomas somáticos associados à depressão e as perturbações somatoformes é muito dificultado pelo conhecimento de que há uma elevada prevalência de depressão em indivíduos com perturbação de somatização. Da mesma forma,

existem níveis substanciais de sintomatologia hipocondríaca e de somatização em pacientes com depressão. Katon e Russo (1989) afirmaram mesmo que os sintomas somáticos existentes nos cuidados primários são devidos principalmente à depressão e não às perturbações somatoformes. Esta afirmação é corroborada no estudo conduzido por Smith et al (2005), onde concluíram que tanto a depressão como a ansiedade caracterizavam melhor os pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis do que as perturbações somatoformes.

Uma outra relação existente e muito estudada é entre a dor e a depressão, uma vez que as perturbações depressivas são frequentes em indivíduos com dor crónica, tal como a dor é uma queixa frequente em pacientes com depressão.

Simon et al (1999) publicaram um estudo internacional sobre a relação entre os sintomas somáticos e a depressão. Neste estudo foram rastreados 25 916 pacientes em 15 centros prestadores de cuidados primários em 14 países, tendo sido analisados 5 447 pacientes. Numa primeira fase, todos os pacientes rastreados responderam a um inquérito de 12 itens, o General Health Questionnaire (GHQ-12). Numa segunda fase, os 5 447 seleccionados foram sujeitos a uma entrevista de carácter diagnóstico desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a CIDI (Composite International Diagnostic Interview), na sua versão desenvolvida para os CPS. O diagnóstico de depressão foi efectuado seguindo os critérios estabelecidos na DSM-IV para diagnóstico de episódio depressivo *major*, já referidos anteriormente.

No estudo publicado, um total de 1 146 pacientes cumpriam critérios para depressão *major*, correspondendo a uma prevalência global de 10,1%. Nestes, foi avaliada a presença de somatização, de acordo com as três definições anteriormente descritas por Kirmayer e Robbins em 1991. De acordo com a primeira definição, apresentação somática, 69% dos pacientes apresentavam-se desta forma ao MCG. Já de acordo com a segunda definição

apresentada, em que se basearam na apresentação multissomatoforme descrita por Kroenke et al em 1997 para a identificar, 50% dos pacientes apresentavam-se com sintomas somáticos medicamente inexplicáveis. Finalmente, analisaram a presença de somatização de acordo com a terceira definição, a negação da existência de sintomas psicológicos de depressão quando perguntados directamente. Para esta, a presença de somatização era de 11%. Como é visível por estes dados, a prevalência da somatização varia muito de acordo com a definição aplicada. Após a aplicação destas três definições, os autores examinaram a concordância entre as três definições de depressão somatizada (depressão com apresentação exclusivamente somática, depressão acompanhada de, pelo menos, três sintomas somáticos medicamente inexplicáveis, depressão com negação de sintomas psicológicos). No total, 85% dos pacientes apresentavam critérios para pelo menos uma destas definições. No entanto, apenas 4% apresentavam as três definições simultaneamente. A percentagem de pacientes com depressão *major* que se apresentavam com sintomas somáticos mas que reconheciam sintomatologia psicológica quando inquiridos directamente foi de 60%. Estes dados revelam que o grau de concordância entre as três definições de somatização é relativamente baixo, uma conclusão semelhante à anteriormente obtida por Kirmayer e Robbins em 1991.

McIntyre et al (2006), por sua vez, identificaram a relação entre os sintomas somáticos e a depressão no seu estudo ao verificarem que o alívio na sintomatologia somática era um factor preditivo da evolução da depressão nos pacientes dos CPS.

Os dados obtidos por Simon e McIntyre confirmam que os sintomas somáticos são um componente nuclear da síndrome depressiva. O facto de 60% dos doentes apresentar-se inicialmente com quadro exclusivamente somático e, após questionamento, reconhecer a presença de uma componente psicológica, pode não reflectir uma incapacidade para reconhecer uma patologia psiquiátrica, mas sim a crença inconsciente de que a apresentação

somática é uma forma mais apropriada de se dirigir aos serviços de saúde. Este modelo de somatização foi apelidado de “somatização facultativa” por Goldberg e Bridges (1988), que caracterizaram este modelo de apresentação como o “bilhete de entrada” para os CPS.

SINTOMAS SOMÁTICOS

A maioria dos pacientes com perturbações psicológicas ou psiquiátricas apresenta-se exclusivamente através de sintomas somáticos, conforme já referiam Kirmayer et al em 1993.

São vários os sintomas somáticos associados à manifestação da depressão. Entre estes encontram-se a fadiga, dor, cefaleias, entre muitos outros. No estudo DEPRES II (Depression Research in European Society II), Tylee et al (1999) identificaram que dois dos três sintomas mais frequentes em episódios depressivos eram somáticos, nomeadamente a astenia e a insónia. Estes eram apenas superados em frequência pelo humor depressivo.

Apesar da existência de sintomas que aparecem mais frequentemente que outros, Simon et al (1996), de acordo com os resultados do estudo que realizaram internacionalmente, não encontraram sintomas somáticos ou padrões sintomáticos que estivessem especificamente associados a sintomas de ansiedade ou de depressão em particular. Segundo os autores, esta falta de relação específica provavelmente reflecte a forte associação que existe entre os sintomas somáticos, depressivos e de ansiedade na população em geral.

Sintomas somáticos comuns

- | | |
|--|---------------------------------------|
| • Fadiga | • Disfunção erétil |
| • Sensação de peso nas pernas ou braços | • Dor |
| • Insónia | • Cefaleias |
| • Hipersónia | • Tensão muscular |
| • Perda de apetite | • Alterações gastrointestinais |
| • Perda de peso | • Palpitações |
| • Apetite aumentado | • Parestesias |
| • Aumento de peso | |

Tabela 2 – Sintomas somáticos mais comuns na depressão. (adaptada de Cassano e Fava (2002))

DOR NA DEPRESSÃO

Num estudo realizado em França, Corruble e Guelfi (2000) chegaram à conclusão de que 76% dos pacientes com depressão moderada a severa apresentavam sintomatologia álgica no início do tratamento e que este número reduzia principalmente nos primeiros dias de tratamento.

Ohayon e Schatzberg (2003) publicaram um estudo sobre a associação da dor crónica com a depressão. Verificaram que, da amostra entrevistada em cinco países europeus, 17,1% apresentavam pelo menos uma queixa de dor crónica. Nessa mesma amostra, 16,5% apresentavam pelo menos um sintoma depressivo, sendo que, destes, 27,6% tinham pelo menos uma queixa de dor crónica. Já a depressão *major* foi diagnosticada em 4,0% da amostra total. Destes indivíduos, 43,4% apresentavam pelo menos uma queixa de dor crónica. Vendo a questão de outro ângulo, de todos os indivíduos que se apresentaram com queixas de dor crónica, 10,2% tinham depressão *major*, comparando com a prevalência de 2,7% no grupo que não apresentava dor crónica.

Bair et al (2003) investigaram a relação entre a dor e a depressão, tendo chegado à conclusão de que a dor é mais prevalente nos indivíduos com depressão, tal como a depressão é mais prevalente nos indivíduos com queixas álgicas. Em 2004, Bair et al realizaram um estudo utilizando os dados colhidos através do ARTIST (A Randomized Trial Investigating SSRI Treatment – Kroenke et al (2001)), um estudo realizado em 37 centros prestadores de cuidados primários onde foi avaliada a eficácia de 3 inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS/SSRI), para chegar à conclusão de que as queixas álgicas encontravam-se desde o início do tratamento da depressão em 69% dos pacientes. Segundo estes, a gravidade da dor era classificada em ligeira em 25%, moderada em 30% e severa em 14% dos pacientes. Um dado importante que surgiu na realização do estudo foi o de que, ao fim de 3 meses de terapêutica, 24% dos pacientes apresentavam má resposta ao tratamento.

Semelhantes conclusões foram obtidas por Lépine e Briley (2004) ao realizarem uma revisão da literatura existente à data. Também estes reconheceram que a presença de dor dificulta o diagnóstico e tratamento da depressão. A presença de dor moderada a severa, debilitante ou refractária ao tratamento, está associada a mais sintomas depressivos e pior prognóstico da depressão. Da mesma forma, em doentes deprimidos, a dor está associada a mais queixas álgicas e maior comprometimento funcional do que em indivíduos sem dor.

Também Means-Christensen et al (2008) chegaram à conclusão de que os pacientes que se apresentam com queixas de dor têm uma probabilidade aumentada de serem diagnosticados com depressão, tal como os pacientes com depressão apresentavam mais sintomatologia álgica que a população geral.

Como parece ser evidente, dor e depressão estão fortemente relacionadas, cada qual aumentando o risco e gravidade da outra. No entanto, segundo os vários autores, não parece

existir uma relação causa-efeito específica ou, pelo menos, evidente, uma vez que tanto a depressão como a dor podem existir inicialmente.

Stahl (2002) sugere uma explicação para esta associação particular entre a dor e a depressão. As vias serotoninérgicas e noradrenérgicas do tronco cerebral ascendem para o encéfalo e medeiam funções emocionais e vegetativas, algumas das quais podem tornar-se disfuncionais na depressão. Estas vias também descem pela espinhal medula onde, normalmente, suprimem os estímulos dolorosos do corpo. Ao serem afectadas na depressão, podem fazer com que esses estímulos dolorosos sejam transmitidos e, conseqüentemente, surjam sintomas físicos álgicos sem que haja alguma patologia orgânica no local onde o paciente refere a dor. Como tal, tendo em conta a psicofarmacologia aqui descrita, fármacos que sejam inibidores da recaptação da serotonina e da norepinefrina parecem ser aqueles com mais hipóteses de reduzir todos os sintomas (álgicos e depressivos), ao actuar nas vias que os medeiam tanto no encéfalo como na espinhal medula.

SINTOMAS SOMÁTICOS E EVOLUÇÃO DA DEPRESSÃO

Os sintomas somáticos parecem estar relacionados de alguma forma com a severidade da depressão, bem como com a qualidade de vida e utilização dos recursos de saúde por parte dos pacientes com depressão *major*.

Num estudo realizado em Espanha, García-Campayo et al (2008) observaram estas relações, tendo obtido alguns resultados interessantes. De acordo com os autores, os sintomas somáticos estão, de facto, associados com a gravidade da depressão. No entanto, o único aspecto que parece estar relacionado é o seu número, ou seja, quanto mais forem os sintomas somáticos, maior será a gravidade da depressão. Nem a intensidade nem a duração destes sintomas reverteram numa associação significativa com a gravidade da depressão. Já Aragonès et al (2005) afirmam que a depressão somatizada é menos severa e apresenta menos repercussões que a depressão não somatizada.

García-Campayo et al (2008) também observaram que pacientes com maior número de sintomas somáticos, sintomas debilitantes ou atribuídos a uma causa orgânica, tinham maior probabilidade de terem consultado um médico nas últimas 2 semanas. Pelo contrário, a probabilidade diminuía significativamente à medida que a frequência dos sintomas aumentava, ou seja, com a persistência destes.

Outro aspecto observado neste estudo foi a associação dos sintomas somáticos com a qualidade de vida dos pacientes. A persistência destes durante os tempos livres, bem como a frequência e debilidade por eles provocada, estava fortemente associada a uma pior qualidade de vida.

COMORBILIDADE ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E PERTURBAÇÃO SOMATOFORME

Segundo de Waal et al (2008), as perturbações depressivas, de ansiedade e somatoformes têm um impacto significativo nos CPS. Mergl et al (2007) realizaram um estudo sobre a prevalência e diagnóstico de estas três perturbações neste meio. Para tal, recorreram a 18 centros de prestação de cuidados primários em Nuremberga, na Alemanha, tendo cada sujeito da amostra sido submetido a uma entrevista telefónica estruturada e estandardizada, a CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Mais de 40% dos pacientes entrevistados acusaram a presença de sintomas depressivos anteriormente na sua vida e mais de 50% atingiram critérios de diagnóstico de perturbações somatoformes no mesmo período. Neste mesmo trabalho, foi avaliada a comorbilidade entre a depressão, ansiedade e perturbação somatoforme, determinada, no geral, em 17,3%. A coexistência de perturbação depressiva com perturbação de ansiedade ou perturbação somatoforme foi de 14,97%, principalmente devida à comorbilidade entre a depressão e a ansiedade (9,64%). De todos os pacientes com qualquer tipo de perturbação depressiva, 65,56% apresentavam uma perturbação de ansiedade ou somatoforme adicional: 42,22% tinham perturbação de ansiedade, 50% perturbação somatoforme. Da mesma forma, de todos os pacientes com perturbações de ansiedade, 61,29% também tinham depressão e, de todos os que apresentavam diagnóstico de perturbação somatoforme, 44,55% preenchiam os critérios de diagnóstico para depressão. Como os resultados deste estudo indicam, é extremamente frequente a presença de outras patologias, nomeadamente ansiedade ou perturbação somatoforme, aquando do diagnóstico de depressão.

Hanel et al (2009) indicam que existem várias características em comum entre os pacientes diagnosticados com depressão, ansiedade e/ou somatização nos CPS: a grande maioria é caracterizada como doentes crónicos, apresentando problemas psicossociais ou financeiros, com relações médico-paciente difíceis, bem como incapacidade funcional relacionada com a sintomatologia. Para além destas características, os pacientes diagnosticados com as perturbações mentais referidas são geralmente mais velhos, com menor grau de educação e mais frequentemente do sexo feminino, quando comparados com aqueles sem perturbações mentais.

Há pouca evidência que a depressão, ansiedade e somatização sejam condições separadas. No estudo já referido de Löwe et al (2008), estes estudaram a sobreposição da síndrome depressiva com a ansiedade e somatização nos cuidados primários, bem como o compromisso funcional de cada. Chegaram à conclusão que todas as áreas de incapacidade funcional (efeito da saúde na actividade física, dor corporal, desempenho de papel, saúde em geral, desempenho social e saúde mental) estavam mais relacionadas com os aspectos comuns entre a depressão, ansiedade e somatização, do que com as contribuições individuais de cada uma destas síndromes. Este facto poderá ter várias explicações. Depressão, ansiedade e somatização são definidos por critérios parcialmente sobreponíveis. Uma síndrome pode actuar como factor de risco para o desenvolvimento das outras. Depressão, ansiedade e somatização podem ter origem em processos biológicos e psicossociais partilhados. Teríamos, então, uma única perturbação com três tipos de sintomas, em vez de três distúrbios distintos, à qual já chamaram de “síndrome neurótica geral”. No entanto, a contribuição sobreponível da depressão, ansiedade e somatização para a debilidade funcional não permite concluir que estas sejam três síndromes semelhantes. Parece ser razoável admitir, então, que esta contribuição tenha origem nas comorbilidades entre as três condições.

OS ISRS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO SOMATIZADA

Apesar de os antidepressivos terem demonstrado a sua eficácia no tratamento da depressão, nem todos são igualmente eficazes no alívio dos sintomas somáticos. Como refere Stewart (2003), os antidepressivos tricíclicos, por exemplo, são reconhecidos pelo seu tratamento eficaz, mas também pelos seus efeitos secundários que podem ser difíceis de tolerar.

Greco et al (2004), bem como Bair et al (2004), avaliaram os resultados do estudo ARTIST (A Randomized Trial Investigating SSRI Treatment – Kroenke et al (2001)), um ensaio clínico no qual os pacientes com depressão nos CPS foram tratados com um de três inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS) aleatoriamente divididos entre eles. Os fármacos em questão foram a fluoxetina, paroxetina e sertralina. Neste estudo, os pacientes foram seguidos durante 9 meses de terapia, sendo a prevalência dos sintomas depressivos e somáticos analisada ao longo deste período, através de entrevistas realizadas telefonicamente aos 1, 3, 6 e 9 meses. Foram avaliados 14 sintomas somáticos: fadiga, distúrbios no sono, cefaleias, náuseas, lombalgias, dores nos membros, dores abdominais, problemas intestinais, palpitações, dispneia, tonturas, problemas menstruais (apenas na amostra feminina), dor no peito e síncope.

Todos os sintomas somáticos revelaram-se como sendo muito prevalentes: a maior parte estava presente entre um terço a metade da amostra e, quando presentes, eram graves em 10% a 20% dos pacientes. Poucos foram os casos em que surgiu, no seguimento, um sintoma não existente no início do estudo. Atendendo a estes sintomas – fadiga, distúrbios no sono, dores abdominais, cefaleias e palpitações – a prevalência inicial variava entre 12% para as palpitações e 69% para a fadiga. A prevalência diminuiu substancialmente durante as

primeiras 4 semanas de tratamento com os ISRS, tendo atingido um plateau daí em diante, com melhorias mínimas nos 8 meses restantes do estudo. Esta evolução foi semelhante para os outros 9 sintomas somáticos. Os sintomas depressivos nucleares também apresentaram uma rápida melhoria no primeiro mês, tendo mantido uma melhoria gradual ao longo dos restantes meses de estudo, ao contrário da situação verificada com os sintomas somáticos.

Uma limitação importante deste estudo consta do facto de todos os pacientes encontrarem-se a fazer terapia antidepressiva. Como tal, é impossível dizer se as melhorias na sintomatologia somática foram apenas um epifenómeno das melhorias na depressão, se foram devidas a um efeito terapêutico independente dos ISRS, a um efeito placebo, ou apenas devidas ao curso natural dos sintomas somáticos nos CPS. O facto de estes terem seguido um curso diferente dos sintomas depressivos nucleares ao longo do estudo pode querer sugerir que os sintomas somáticos são, eventualmente, uma entidade relativamente separada dos sintomas depressivos.

Denninger et al (2006) também avaliaram a eficácia da fluoxetina no tratamento da depressão *major* em pacientes com sintomas somáticos. Após 8 semanas de tratamento, houve uma redução significativa dos sintomas somáticos. Também constataram que o grau de redução destes associava-se positivamente com o grau de melhoria dos sintomas depressivos.

Apesar de a psicofarmacologia indicar que os ISRS são fármacos indicados no tratamento dos sintomas álgicos associados à depressão, Bair et al (2004) identificaram uma percentagem de má resposta ao tratamento na ordem dos 24% dos pacientes após três meses de terapêutica. Isto poderá dever-se ao facto de apenas actuarem na via serotoninérgica e não na noradrenérgica, uma via também envolvida na dor e depressão, como foi referido anteriormente por Stahl (2002). Este dado parece confirmar que ainda há muito para descobrir sobre o tratamento da depressão e dos sintomas somáticos associados.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DOS SINTOMAS MEDICAMENTE INEXPLICÁVEIS

Smith et al (2003) realizaram um estudo com o objectivo de desenvolver um tratamento eficaz que pudesse ser efectuado por profissionais dos CPS, especialmente dedicado aos pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis. É um dado assente que este grupo de doentes em particular apresenta várias dificuldades no seu tratamento. Para atingirem o objectivo a que se propunham, utilizaram a sua própria experiência médica, consultaram especialistas na área e realizaram uma revisão extensa da literatura com vista a identificar tratamentos eficazes que tivessem sido realizados e validados em estudos científicos e estudos sobre qualquer tipo de tratamento em temas relacionados que pudessem elucidar sobre tipos de tratamento realizados nos CPS.

Após a realização destas tarefas, desenharam um método de intervenção que se baseava em dois grandes pontos: relação médico-paciente e plano de terapia cognitivo-comportamental. Foi descrito um método de entrevista centrada no paciente, constituída por 5 itens e 21 subitens e um plano terapêutico cognitivo-comportamental baseado em quatro pontos: objectivos, levar o paciente a entender e pensar de outra forma sobre os sintomas, obter um compromisso e, finalmente, negociar um plano terapêutico específico para o caso. Resultados preliminares deste estudo identificavam um elevado grau de satisfação por parte dos pacientes e dos médicos. No entanto, seria necessário um estudo em larga escala, com incidência nos cuidados primários, para validar este método.

Também Escobar et al (2007) testaram um modelo de terapia cognitivo-comportamental em pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis. Os resultados obtidos evidenciaram uma melhoria significativa nos sintomas somáticos quando comparados

com os do grupo-controlo. O efeito foi superior aquando do término da terapêutica, levando ao alívio sintomático em mais de metade dos pacientes, tendo o efeito persistido durante meses após a intervenção. Apesar de tudo, os efeitos foram diminuindo gradualmente ao longo do tempo.

A terapia cognitivo-comportamental parece ser uma alternativa ao tratamento farmacológico nos pacientes que descrevem sintomas medicamente inexplicáveis. Contudo, não foi possível encontrar uma relação entre o efeito nos sintomas somáticos descritos e o efeito na depressão, pelo que se sugere a realização de novos estudos nesse sentido.

ALTERAÇÃO DOS CRITÉRIOS CLASSIFICATIVOS NA FUTURA DSM-V?

Conforme referido por Löwe et al (2008), estudos recentes têm demonstrado que um elevado número de sintomas somáticos é apenas parcialmente explicado por distúrbios médicos associados. Aqueles que se consideram como sintomas físicos “específicos da doença” são praticamente igualmente prevalentes em pacientes sem a doença específica. Tanto a depressão como a ansiedade explicam tanto ou melhor a variação nos sintomas específicos da doença como doença por si (por exemplo, dor pré-cordial em pacientes com patologia coronária). Como tal, estes autores concordam com Kroenke et al (2007), afirmando que os critérios para diagnosticar sintomas medicamente inexplicáveis devem ser alterados na próxima revisão da DSM.

Aliás, outras recomendações foram feitas à revisão da categoria das perturbações somatoformes na DSM-V por Kroenke et al (2007). Estas passam por tornar a perturbação de somatização numa categoria mais abrangente, uma vez que na DSM-IV apenas uma pequena porção dos pacientes com sintomas somáticos persistentes e clinicamente relevantes estão incluídos na categoria. Na DSM-IV-TR, podemos encontrar os seguintes critérios de diagnóstico para a perturbação de somatização: história de muitas queixas físicas que se inicia antes dos 30 anos, que decorre ao longo de vários anos e resulta na procura de tratamento ou em dificuldade significativa no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes. Para além disto, tem que preencher todos os critérios seguintes: presença de 4 sintomas de dor, 2 sintomas gastrointestinais, 1 sintoma sexual e 1 sintoma pseudoneurológico. Mais ainda, estes sintomas não podem ser completamente explicados por um estado físico geral ou pelos efeitos directos de uma substância ou, quando existe um

estado físico geral relacionado, as queixas físicas ou a dificuldade relacional ou social resultante excedem o que seria de esperar na história, exame físico ou dados laboratoriais. Finalmente, os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados. A sugestão sugerida por Kroenke passa por alargar a definição de somatização, com vista a incluir um menor número de sintomas, ou manter a perturbação de somatização com a actual classificação, mas adicionando uma categoria num patamar inferior. Outra recomendação foi feita com vista à eliminação da categoria de perturbação somatoforme indiferenciada, uma vez que se revelou uma categoria demasiado abrangente, pouco válida e pouco utilizada.

Também Hanel et al (2009) teceram considerações sobre a futura DSM-V, alertando para o facto de esta ter que se tornar mais acessível aos CPS. Referem que, dado o grande número de pacientes nos CPS com síndromes mentais consideradas ligeiras, as futuras classificações deveriam providenciar categorias de diagnóstico apropriadas a estas síndromes. Mais ainda, tendo em conta a comorbilidade associada entre perturbações somatoformes, depressivas e de ansiedade nos CPS, as novas classificações deveriam ter em conta a conjugação frequente entre estes três grupos de diagnóstico e a debilidade aumentada nestes pacientes, utilizando, por exemplo, uma abordagem dimensional para o efeito.

Uma possível alternativa à perturbação de somatização é a perturbação multissomatoforme. Esta já é utilizada actualmente na versão da DSM-IV para os cuidados primários (DSM-IV-PC). Como foi referido, Simon et al (1999) utilizaram os critérios para a perturbação multissomatoforme com vista a identificar o grupo com sintomas medicamente inexplicáveis. A perturbação multissomatoforme foi proposta e descrita por Kroenke et al (1997) como sendo uma forma relativamente severa de perturbação somatoforme indiferenciada, na qual os pacientes apresentam-se com 3 ou mais sintomas somáticos medicamente inexplicáveis com uma duração de 2 ou mais anos. Jackson e Kroenke (2008)

avaliaram a prevalência desta perturbação nos CPS. Na sua amostra, 8% apresentavam critérios para perturbação multissomatoforme, 29% dos pacientes apresentavam uma perturbação depressiva ou de ansiedade, sendo que 34% apresentava mais do que uma perturbação. A depressão *major* foi identificada em 8,4%, a distímia em 1,4% e a depressão *minor* em 13,2%.

Os autores chegaram à conclusão de que os pacientes com a perturbação multissomatoforme apresentavam maior percentagem de comorbilidade psiquiátrica do que aqueles que não sofriam desta perturbação. 21% dos pacientes com a perturbação multissomatoforme apresentavam concomitantemente depressão *major*, enquanto esta se apresentava em apenas 3,7% dos doente sem aquela patologia.

Uma possível vantagem da perturbação multissomatoforme aqui definida sobre a perturbação de somatização passa pela ausência da necessidade de classificar sintomas como permanentes, ou que estiveram presentes durante toda a vida. Os pacientes têm tendência a mostrar-se relutantes em assumir a presença da sintomatologia durante esses períodos e, se a assumem, negam-na no futuro. O estudo publicado por Jackson e Kroenke parece indicar que se deve optar pela pesquisa de sintomas actuais, em vez de sintomas permanentes, na definição das perturbações somatoformes.

CONCLUSÃO

A depressão é muito frequente nos CPS, apresentando-se muitas vezes acompanhada de sintomas somáticos. É importante que os MCG adquiram capacidades para reconhecer a depressão. Até à data, tem havido uma tendência em focalizar a atenção nos sintomas psicológicos para fazer o diagnóstico de depressão, em detrimento dos sintomas somáticos, o que leva à frequente falha diagnóstica.

Em geral, tanto os médicos como os pacientes parecem ter uma agenda de problemas a discutir durante uma consulta nos CPS. Alguns problemas são resolvidos, enquanto outros ficam para as consultas seguintes, caso sejam alguma vez resolvidos. Quando uma depressão está presente, as queixas somáticas dominam frequentemente o quadro clínico, impedindo a discussão de queixas psicológicas, mascarando, como tal, o diagnóstico de depressão.

Os sintomas somáticos são um componente nuclear da síndrome depressiva, apresentando-se a maioria dos pacientes com perturbações psicológicas ou psiquiátricas exclusivamente através deste tipo de sintomatologia. Dois dos três sintomas mais frequentemente identificados em episódios depressivos são somáticos, nomeadamente a astenia e a insónia. Estes são apenas superados em frequência pelo humor depressivo.

Os sintomas somáticos parecem estar relacionados de alguma forma com a severidade da depressão. Quanto mais forem os sintomas somáticos, maior será a gravidade da depressão. O próprio alívio na sintomatologia somática revela-se como um factor preditivo da evolução da depressão nos pacientes dos CPS.

Dentro da sintomatologia somática, os MCG devem reconhecer que a dor é um dos sintomas mais comuns. Esta é mais prevalente nos indivíduos com depressão, tal como a depressão é tem maior prevalência nos indivíduos com queixas álgicas. A associação

dor/depressão está relacionada com pior prognóstico de ambas as situações. Os MCG apresentam-se melhor colocados para gerir ambas as condições, mas podem carecer do conhecimento e experiência para gerir estas difíceis e comuns situações. O próprio modelo de atendimento, com consultas de pouca duração e focalização das atenções em outro tipo de problemas, interfere na melhor gestão destes problemas complexos.

É extremamente frequente a presença de outras patologias, nomeadamente ansiedade ou perturbação somatoforme, aquando do diagnóstico de depressão. Há pouca evidência de que a depressão, ansiedade e somatização sejam condições separadas. Todas as áreas de incapacidade funcional estão mais relacionadas com os aspectos comuns entre as três perturbações, do que com as contribuições individuais de cada uma.

É necessária uma abordagem holística para o diagnóstico, tendo os MCG que apresentar um elevado grau de suspeição da existência de depressão quando são confrontados com um quadro de sintomas medicamente inexplicáveis, incluindo dores generalizadas e cansaço. Podem ser benéficas para melhorar os resultados diagnósticos e de tratamento iniciativas de carácter educacional que elevem a consciência para a globalidade de sintomas existentes na depressão e que melhorem as atitudes e práticas de consultório nos cuidados primários de saúde. Kroenke et al (2000) efectuaram uma revisão da literatura sobre programas para melhorar o reconhecimento e conduta perante perturbações mentais nos CPS, tendo observado que o diagnóstico era melhorado em 18 de 23 (78%) estudos e o tratamento em 14 de 20 (70%). Apesar destes valores aparentemente positivos, não conseguiram demonstrar uma associação entre a eficácia de um programa e quaisquer variáveis específicas, devido à heterogeneidade dos vários estudos. Já Rief et al (2006), na realização de um ensaio clínico, chegaram à conclusão de que educar os MCG sobre como lidar com pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis leva à redução do número de consultas.

A incapacidade em reconhecer os sintomas somáticos está associada a elevados gastos no sistema de saúde. Como referem Tylee e Gandhi (2005), os pacientes com depressão e sintomas somáticos geralmente sentem um maior peso da doença e, conseqüentemente, tendem a recorrer em elevado grau aos CPS. Mais ainda, em muitos casos, estes pacientes são sujeitos a investigações onerosas e prolongadas com vista a determinar quais as patologias orgânicas que são responsáveis pelos seus quadros sintomatológicos.

Outro aspecto importante a reter incide sobre o tratamento destes casos de depressão. Os componentes somáticos são um alvo terapêutico fundamental e relevante para os resultados globais do tratamento da depressão. A melhoria da sintomatologia somática está intrinsecamente relacionada com uma melhor evolução da depressão, tal como o contrário também é verificado: quanto mais sintomas somáticos, mais grave será a depressão e a sua evolução. Os ISRS são uma alternativa válida ao tratamento, mas não a mais eficaz. Isto poderá dever-se ao facto de estes apenas actuarem na via serotoninérgica e não na noradrenérgica, via que está intrinsecamente relacionada tanto com a dor como com a depressão. A terapia cognitivo-comportamental pode ser uma alternativa ao tratamento farmacológico nos pacientes que descrevam sintomas medicamente inexplicáveis, mas não é evidente o seu efeito directo no tratamento da depressão.

São várias as críticas efectuadas à actual DSM-IV e as alternativas propostas à futura DSM-V. Na DSM-IV apenas uma pequena porção dos pacientes com sintomas somáticos persistentes e clinicamente relevantes estão incluídos na categoria. A DSM-V terá que se tornar mais acessível aos CPS. Dado o grande número de pacientes nos CPS com síndromes mentais consideradas ligeiras, as futuras classificações deverão providenciar categorias de diagnóstico apropriadas a estas síndromes. Mais ainda, tendo em conta a comorbilidade associada entre perturbações somatoformes, depressivas e de ansiedade nos CPS, as novas

classificações devem ter em conta a conjugação frequente destes três grupos de diagnóstico e a debilidade aumentada nestes pacientes.

REFERÊNCIAS/BIBLIOGRAFIA

1. Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC. (2001) Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics* 42(1):63-7.
2. American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
3. Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. (2005) Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 58(2):145-51.
4. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, et al. (2004) Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med* 66:17-22.
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. (2003) Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 163:2433-45.
6. Barkow K, Heun R, Ustün TB, Berger M, Bermejo I, Gaebel W, Härter M, Schneider F, Stieglitz RD, Maier W. (2004) Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *Eur Psychiatry* 19(5):250-7.
7. Brenes GA. (2007) Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 9(6):437-43.
8. Carcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K, et al. (2006) The association of depression and painful physical symptoms: a review of the European literature. *Eur Psychiatry* 21:379-88.

9. Cassano P, Fava M. (2002) Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 53(4):849-57.
10. Corruble E, Guelfi JD. (2000) Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 33:307-9.
11. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Assendelft WJ, van Hemert AM. (2008) Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract* 9:5.
12. Denninger JW, Papakostas GI, Mahal Y, Merens W, Alpert JE, Nierenberg AA, Yeung A, Fava M. (2006) Somatic symptoms in outpatients with major depressive disorder treated with fluoxetine. *Psychosomatics* 47(4):348-52.
13. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, Woolfolk RL, Jahn E, Rodgers D. (2007) Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med* 5(4):328-35.
14. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. (2002) Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. *Environ Health Perspect* 110 Suppl 4:631-6.
15. Fabião C, Barbosa A, Fleming M, Silva C. (2008) Rastreio da perturbação de somatização nos cuidados primários de saúde - resultados de um estudo piloto. *Acta Med Port* 21:319-28.
16. Fink P, Rosendal M. (2008) Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 21(2):182-8.

17. Füredi J, Rózsa S, Zámbari J, Szádóczy E. (2003) The role of symptoms in the recognition of mental health disorders in primary care. *Psychosomatics* 44(5):402-6.
18. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, Quail D, Gilaberte I. (2008) Relationship of Somatic Symptoms With Depression Severity, Quality of Life, and Health Resources Utilization in Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 10(5):355-62.
19. Goldberg DP, Bridges K. (1988) Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 32(2):137-44.
20. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. (1999) Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 14(9):569-80.
21. Greco T, Eckert G, Kroenke K. (2004) The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med* 19:813-8.
22. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Almeida JMC. (2005) O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Med Port* 18:129-46.
23. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, Löwe B. (2009) Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 67(3):189-97.
24. Jackson JL, Kroenke K. (2008) Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 70(4):430-4.
25. Katon W, Russo J. (1989) Somatic symptoms and depression. *J Fam Pract* 29(1):65-9.

26. Katon WJ, Walker EA. (1998) Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20:15-21.
27. Kirmayer LJ, Robbins JM. (1991) Current concepts of somatization: research and clinical perspectives. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
28. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. (1993) Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 150(5):734-41.
29. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. (2007) Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 48:277-85.
30. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, Brody D, Davies M. (1997) Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 54(4):352-8.
31. Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. (2000) Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics* 41(1):39-52.
32. Kroenke K, West SL, Swindle R, Gilsenan A, Eckert GJ, Dolor R, Stang P, Zhou XH, Hays R, Weinberger M. (2001) Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *JAMA* 286(23):2947-55.
33. Lecrubier Y. (2006) Physical components of depression and psychomotor retardation. *J Clin Psychiatry* 67 Suppl 6:23-6.
34. Lemelin J, Hotz S, Swensen R, Elmslie T. (1994) Depression in primary care. Why do we miss the diagnosis? *Can Fam Physician* 40:104-8.

35. Lépine JP, Briley M. (2004) The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 19 Suppl 1:3-7.
36. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. (1997) Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 12(1):19-29.
37. Lipowski ZJ. (1988) Somatization: the concept and its clinical applications. *Am J Psychiatry* 145:1358-68.
38. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 30(3):191-9.
39. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Zurowski M, Giacobbe P, Soczynska JK, Kennedy SH. (2006) Improving outcomes in depression: a focus on somatic symptoms. *J Psychosom Res* 60(3):279-82.
40. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, Craske MG, Stein MB. (2008) Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety* 25(7):593-600.
41. MENCHETTI M, MURRI MB, BERTAKIS K, BORTOLOTTI B, BERARDI D. (2009) Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res* 66(4):335-41.
42. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. (2007) Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety* 24(3):185-95.

43. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. (2009) Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 374:609-19.
44. Nuyen J, Spreeuwenberg PM, Van Dijk L, den Bos GA, Groenewegen PP, Schellevis FG. (2008) The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. *Psychol Med* 38(2):265-77.
45. Nuyen J, Volkers AC, Verhaak PF, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos GA. (2005) Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 35(8):1185-95.
46. Ohayon MM, Schatzberg AF. (2003) Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 60(1):39-47.
47. Regier DA. (2007) Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. *Psychosom Med* 69(9):827-8.
48. Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. (2006) Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 47(4):304-11.
49. Seabra D, Cruz JPNC. (1991) Estudo da prevalência dos sintomas depressivos na população algarvia. *Rev Port Saude Publica* 9(2):29-35.
50. Serra V, Firmino AEC. (1989) Estados de tensão emocional, solidão e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin* 10(3):149-55.
51. Serra V, Matos AP, Gonçalves S. (1987) Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatr Clin* 7(2):97-102.

52. Simon GE, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. (1996) Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosom Med* 58(5):481-8.
53. Simon GE, VonKorff M. (1995) Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 4(2):99-105.
54. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341(18):1329-35.
55. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A, Collins C, Lein C, Given CW, Given B, Goddeeris J. (2005) Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 67(1):123-9.
56. Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. (2003) Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med* 18(6):478-89.
57. Stewart DE. (2003) Physical symptoms of depression: unmet needs in special populations. *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 7:12-6.
58. Stromberg R, Wernering E, Aberg-Wistedt A, Furhoff AK, Johansson SE, Backlund LG. (2008) Screening and diagnosing depression in women visiting GPs' drop in clinic in Primary Health Care. *BMC Fam Pract* 9:34.
59. Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST. (2003) Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychoter Psychosom* 72(5):261-7.
60. Tylee A, Gandhi P. (2005) The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 7(4):167-76.

61. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP, et al. (1999) DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability, and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharmacol* 14:139-51.
62. Üstün TB, Sartorius N. (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
63. Wise TN, Fishbain DA, Holder-Perkins V. (2007) Painful physical symptoms in depression: a clinical challenge. *Pain Med* 8 Suppl 2:75-82.
64. Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. (1999) Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 7:29-36.