



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SOFIA DANIELA PESSOA HELENO

***O perfil da pessoa com o diagnóstico de perturbação
depressiva na Região Centro de Portugal***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
LUIZ MIGUEL SANTIAGO, MD, PhD
CARLOS SEIÇA CARDOSO, MD

OUTUBRO/2023



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

O perfil da pessoa com o diagnóstico de perturbação depressiva na Região Centro de Portugal

Investigadores:

Sofia Daniela Pessoa Heleno¹

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago^{1,2}

Carlos Seiça Cardoso^{1,3}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

³Unidade de Saúde Familiar de Condeixa, ACeS Baixo Mondego

Correio eletrónico para correspondência: s-daniela99@hotmail.com

OUTUBRO/2023

Sem remédio

*Aqueles que me têm muito amor
Não sabem o que sinto e o que sou...
Não sabem que passou, um dia, a Dor
À minha porta e, nesse dia, entrou.*

*E é desde então que eu sinto este pavor,
Este frio que anda em mim, e que gelou
O que de bom me deu Nosso Senhor!
Se eu nem sei por onde ando e onde vou!!*

(...)

*E é sempre a mesma mágoa, o mesmo tédio,
A mesma angústia funda, sem remédio,
Andando atrás de mim, sem me largar!*

Florabela Espanca, in "Livro de Mágoas"

Índice

Lista de Abreviaturas.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	6
Introdução.....	8
Materiais e Métodos.....	10
Resultados.....	12
Discussão.....	18
Conclusão.....	26
Agradecimentos.....	27
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos.....	33

Lista de Abreviaturas

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSC- Administração Regional de Saúde do Centro

CSP- Cuidados de Saúde Primários

HCG- *Health Centres Groups*

ICPC-2- Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2.^a Edição

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A perturbação depressiva é multifatorial e muito prevalente na população, a identificação de características de contexto permitindo abordar e prevenir tal situação, não se conhecendo dados do mundo real em Portugal.

Objetivos: Estudar a relação entre a perturbação depressiva e o sexo, a idade, o tipo de família e o nível socioeconómico.

Materiais e Métodos: Estudo observacional transversal com dados de pessoas com o diagnóstico de perturbação depressiva, Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2.ª Edição a 31 de dezembro de 2022, em dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da Região Centro, Pinhal Litoral e Dão Lafões, selecionados aleatoriamente. Os dados foram solicitados aos Serviços Informáticos da Administração Regional de Saúde do Centro, garantindo o anonimato, quanto às pessoas com perturbação depressiva quanto a idade, sexo, tipo de família e classificação de Graffar. Procedeu-se à análise estatística, descritiva e inferencial, considerando-se existir significância para $p < 0.05$.

Resultados: Dos 69215 indivíduos com o diagnóstico de perturbação depressiva em dezembro de 2022, verificou-se que 78,5% eram do sexo feminino e que 75% tinham idade igual ou superior a 40 anos. Dos 2400 (3,5%) indivíduos cujo tipo de família era conhecido, 65,4% viviam em Família Nuclear. Dos 2202 (3,2%) cujo nível socioeconómico era conhecido, 58,1% estavam em classe Graffar Média. A prevalência de perturbação depressiva foi de 13,3% em Dão Lafões e de 11,5% em Pinhal Litoral. O diagnóstico de depressão tinha a prevalência de 66,4% em Unidade de Saúde Familiar e 33,6% em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Os doentes do sexo masculino eram, em média, mais novos em relação aos do sexo feminino (57,4 vs 58,9 anos; $p < 0,001$). A classe Graffar revelou-se significativamente diferente segundo o tipo de família ($p < 0,001$) e segundo a idade do doente ($p < 0,001$).

Discussão: Em 2022, a prevalência de perturbação depressiva nos ACeS estudados foi superior no sexo feminino e em idade igual ou superior a 40 anos, à semelhança do que é descrito na literatura. No homem esta patologia poderá estar sub-diagnosticada por mascaramento, fuga ou falta de reconhecimento. Contrariamente ao que está descrito, neste estudo observou-se uma maior prevalência desta patologia na classe Graffar Média, e nas classes Graffar Média-Alta e Alta, em comparação com as classes Graffar Média-Baixa e Baixa, respetivamente.

Conclusão: No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, na Região Centro, o rastreio de sintomatologia depressiva nos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, que vivem numa Família Nuclear e pertencem à classe Graffar Média, deve ser realizado.

Palavras-Chave: Características Populacionais; Cuidados de Saúde Primários; Estudo Observacional; Perturbação Depressiva.

Abstract

Introduction: Depressive disorder is multifactorial and very prevalent in the population. Its identification of contextual characteristics allows approach and preventing this situation, without knowing real-world data in Portugal.

Objectives: To study the relationship between depressive disorder and sex, age, family type and socioeconomic level.

Materials and Methods: Cross-sectional observational study with data from people diagnosed with depressive disorder, International Classification of Primary Health Care – 2nd Edition on 31st December 2022, in two Health Centres Groups (HCG) from the Central Region, Pinhal Litoral and Dão Lafões, randomly selected. The data was requested from the Computer Services of the Regional Health Administration of the Centre, ensuring anonymity for people with depressive disorder in terms of age, sex, family type and Graffar classification. Statistical, descriptive and inferential analysis was carried out, considering significance at $p < 0.05$.

Results: Of the 69215 individuals diagnosed with depressive disorder in December 2022, it was found that 78.5% were female and 75% were aged 40 years or older. Of the 2400 (3.5%) individuals whose family type was known, 65.4% lived in a Nuclear Family. Of the 2202 (3.2%) whose socioeconomic status was known, 58.1% were in the Medium Graffar class. The prevalence of depressive disorder was 13.3% in Dão Lafões and 11.5% in Pinhal Litoral. The diagnosis of depression had a prevalence of 66.4% in Family Health Units and 33.6% in Personalized Health Care Units. Male patients were, on average, younger than female patients (57.4 vs 58.9 years; $p < 0.001$). The Graffar class proved to be significantly different according to the type of family ($p < 0.001$) and according to the patient's age ($p < 0.001$).

Discussion: In 2022, the prevalence of depressive disorder in the HCG studied was higher in females and on those aged 40 years or older, similar to what is described in the literature. In man, this pathology may be underdiagnosed due to masking, escape or lack of recognition. Opposed to what is described, in this study a higher prevalence of this pathology was observed in the Medium Graffar class, and in the Medium-High and High Graffar classes, compared to the Medium-Low and Low Graffar classes, respectively.

Conclusion: Within the scope of the Primary Health Care, in the Central Region, screening for depressive symptoms in individuals aged 40 years or older, who live in a Nuclear Family and belong to the Graffar Medium class, must be carried out.

Keywords: Depressive Disorder; Observational Study; Population Characteristics; Primary Health Care.

Introdução

A perturbação depressiva é uma doença mental que assume uma elevada prevalência na população em geral constituindo um dos mais relevantes desafios de saúde pública da atualidade.¹ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2023, cerca de 280 milhões de pessoas no mundo sofriam de depressão, o que correspondia a 3,8% da população, incluindo 5% da população adulta.² A depressão é a principal causa de anos vividos com incapacidade, traduzindo-se numa diminuição da qualidade de vida e da produtividade laboral sendo, por isso, uma das doenças mais onerosas do mundo.³

A perturbação depressiva assume diversas formas de apresentação, podendo revelar-se através de sintomas emocionais, físicos e comportamentais.⁴ De um modo geral, a depressão manifesta-se como uma alteração do estado de espírito que ocorre durante pelo menos duas semanas, associando-se a tristeza, anedonia, cansaço ou redução da energia e da atividade. Habitualmente, também se verificam perturbações do sono ou do apetite, assim como diminuição da confiança, da autoestima e da capacidade de concentração.⁵

A história natural da depressão é de recorrência ou cronicidade, pelo que frequentemente se associa a outras doenças, agravando o estado de saúde geral e o prognóstico dessas patologias concomitantes.³ O suicídio é também uma possível consequência da depressão, de tal forma que esta doença está implicada na maioria das mortes que ocorrem por suicídio.⁶ Assim, é de notar a importância de realizar o diagnóstico e tratamento precoces da perturbação depressiva com vista a diminuir a morbimortalidade associada a esta patologia.

A etiopatogenia da depressão é multifatorial, englobando determinantes genéticos, de personalidade, ambientais e relacionados com o desenvolvimento.⁷ A OMS reconhece que a depressão atinge duas vezes mais mulheres do que homens.² A disparidade entre sexos, desta doença verifica-se em diversos países europeus, registando Portugal a maior diferença de prevalência entre mulheres e homens.⁸

A depressão pode afetar pessoas de todas as idades. No entanto, segundo a OMS, em 2017, a prevalência desta doença ocorria, maioritariamente, na faixa etária dos 55 aos 74 anos.⁶ Em Portugal, as estimativas de prevalência de depressão em adultos indicam que indivíduos com idades mais avançadas apresentam menor probabilidade de sofrer de depressão, apresentando o escalão etário acima dos 65 anos, prevalência significativamente mais baixa que as restantes faixas etárias.⁹

A depressão atinge mais frequentemente indivíduos com nível socioeconómico menos privilegiado.¹⁰ Em Portugal verificou-se que a prevalência de depressão aumentava à medida que a classe socioeconómica era menor, sendo mais frequente em pessoas com menores rendimentos e menor nível de escolaridade.¹

Para o contexto português um estudo que avaliou potenciais fatores influenciadores da depressão no idoso não encontrou associações estatisticamente significativas para diferentes tipos de família e a depressão no doente idoso, no entanto, tanto quanto é do nosso conhecimento a influência desta variável ainda não foi estudada no adulto.¹¹ Assim, dado que na génese da perturbação depressiva também concorrem fatores ambientais, incluindo familiares, ainda não é conhecido o perfil da pessoa com esta doença.

Tendo a perturbação depressiva uma prevalência estimada de 8% na população portuguesa,⁴ sendo a sua etiologia multifatorial e sendo importante o seu diagnóstico precoce, essencial para permitir a melhoria dos cuidados prestados a estes utentes, a caracterização do perfil da pessoa com depressão pode ser de inestimável valor. De facto, muitas destas características de contexto podem influenciar o surgimento de perturbação depressiva, pelo que o conhecimento das mesmas permitirá, eventualmente, identificar formas de abordar preventivamente pessoas com esses potenciais fatores de risco. Muitas destas características de contexto não têm terapêutica medicamentosa ou farmacológica, mas sim social.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal com dados de pessoas com o diagnóstico de perturbação depressiva, codificada como P76 pela Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2.^a Edição (ICPC-2), à data de 31 de dezembro de 2022 em dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da Região Centro, Pinhal Litoral e Dão Lafões. Os dois ACeS considerados neste estudo foram selecionados de forma aleatória de entre a lista de ACeS da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) utilizando a ferramenta *random.org*. O número de utentes inscritos nestes dois ACeS à data do estudo foi obtido por consulta de dados fornecidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), com acesso livre.

Foram solicitados, garantindo o anonimato das pessoas identificadas, os seguintes dados aos Serviços Informáticos da ARSC relativamente aos indivíduos com o diagnóstico de perturbação depressiva: idade, sexo, tipo de família e classificação de Graffar.

Tipo de família

Para a caracterização da tipologia familiar destes indivíduos foi utilizada a classificação “Novos Tipos de Família” que as define, quanto à sua estrutura e dinâmica global, como “Família Nuclear” se há uma só união entre adultos e um só nível de descendência, “Família Unitária” se é constituída por uma pessoa que vive sozinha, “Família Alargada” se co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s), “Família Reconstruída” se há uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou de ambos os cônjuges, “Família Monoparental” se é constituída por um progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendente(s).¹² As famílias cujas características não se enquadram na descrição destes tipos de família foram classificadas como “Outras”.

Nível socioeconómico

Com vista a avaliar o nível socioeconómico do agregado familiar destes doentes foi utilizada a Escala de Graffar Adaptada. Este método de classificação social baseia-se na consideração de cinco critérios (profissão, grau de instrução, fonte principal de rendimento, tipo de habitação e local de residência), a cada um dos quais é atribuído um valor entre 1 e 5, sendo que a soma dessa pontuação permite classificar o agregado familiar quanto ao escalão social a que pertence. Assim, é atribuída a classificação “classe Alta” a valores obtidos entre 5 e 9, “classe Média-Alta” a uma pontuação de 10 a 13, “classe Média” aos valores entre 14 e 17, “classe

Média-Baixa” a uma pontuação de 18 a 21 e, por último, “classe Baixa” a valores entre 22 e 25.

Com vista a proceder à análise estatística descritiva e inferencial utilizou-se o SPSS® versão 27.

Através do teste Kolmogorov-Smirnov foi avaliada a normalidade das distribuições das diferentes variáveis numéricas contínuas. Variáveis escalares foram caracterizadas utilizando medianas e intervalos interquartis. Variáveis nominais e ordinais foram caracterizadas apresentando frequências relativas e absolutas. Uma vez que não se verificou distribuição normal para as variáveis escalares/numéricas, foram utilizados testes não paramétricos para comparar os grupos de variáveis escalares, nominais e ordinais, nomeadamente teste exato de Fisher, teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal Wallis. Considerou-se existir significância estatística para $p < 0.05$.

Este estudo obteve um parecer favorável da Comissão de Ética da ARSC em abril de 2023 (Anexo I).

Resultados

De um total de 69215 doentes com o diagnóstico de perturbação depressiva ICPC-2 (P76), verificou-se que 78,5% eram do sexo feminino. A mediana da idade foi de 56,0 anos (Q1 (25)=40 anos; Q3 (75)=73 anos). Em 3,5% destes doentes era conhecido o tipo de família, de entre os quais, 65,4% tinham uma Família Nuclear. A classificação de Graffar estava atribuída a 3,2 % destes doentes, sendo que mais de metade (58,1%) pertenciam à classe Graffar Média (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Característica				
Sexo, %(n)	Feminino	78,5% (54339)	n=69215	
	Masculino	21, 5% (14876)		
Idade	Mediana	56,0		
	Percentil 25	40,0		
	Percentil 50	56,0		
	Percentil 75	73,0		
Tipo de família, %(n)	Nuclear	2,3% (1570)	n=2400 65,4% (1570)	
	Unitária	0,3% (191)		8,0% (191)
	Alargada	0,3% (238)		9,9% (238)
	Reconstruída	0,2% (121)		5,0% (121)
	Monoparental	0,3% (207)		8,6% (207)
	Outras	0,1% (73)		3,0% (73)
Classe de Graffar, %(n)	Baixa	0,0% (28)	n=2202 1,3% (28)	
	Média-Baixa	0,6% (407)		18,5% (407)
	Média	1,8% (1280)		58,1% (1280)
	Média-Alta	0,6 % (448)		20,3% (448)
	Alta	0,1% (39)		1,8% (39)

A prevalência de perturbação depressiva nos dois ACeS considerados foi de 12,4% sendo de 13,3% em Dão Lafões e de 11,5% em Pinhal Litoral (Tabela 2).

Tabela 2- Prevalência de perturbação depressiva nos ACeS Dão Lafões e Pinhal Litoral.

	Utentes inscritos nos CSP em dezembro de 2022 ¹³	Indivíduos com o diagnóstico de perturbação depressiva	Prevalência de perturbação depressiva
ACeS			
Dão Lafões	276 570	36926	13,3 %
Pinhal Litoral	279 762	32289	11,5%
Total	556 332	69215	12,4%

Legenda: ACeS, Agrupamento de Centros de Saúde; CSP, Cuidados de Saúde Primários.

Fonte: Serviço Nacional de Saúde. Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários [document on the Internet]. Portugal: ACSS [updated 2023 Sept 4; cited 2023 Sept 28]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>.

A distribuição dos doentes com depressão por sexo e idade média foi significativamente diferente entre os dois ACeS considerados (Tabela 3). No ACeS Dão Lafões verificou-se uma maior prevalência no sexo feminino (79,0%) em comparação com o ACeS Pinhal Litoral (78,0%), $p=0,001$. A média de idade dos doentes com depressão no ACeS Dão Lafões foi superior à do ACeS Pinhal Litoral, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do diagnóstico de depressão por sexo e idade média nos dois ACeS.

	ACeS Dão Lafões (n= 36926)	ACeS Pinhal Litoral (n= 32289)	Valor p
Sexo, % (n)			
Feminino	79,0% (29165)	78,0% (25174)	0,001*
Masculino	21,0% (7761)	22,0% (7115)	
Idade média	58,7 ± 16,5	58,4 ± 16,1	0,017**

Legenda: ACeS, Agrupamento de Centros de Saúde.

* *Teste Exato de Fisher*

** *Teste U de Mann-Whitney*

Avaliação do impacto do sexo nas variáveis em análise

A idade média dos doentes com depressão revelou-se significativamente diferente entre sexos (Tabela 4), sendo os doentes do sexo masculino, em média, mais novos em relação aos do sexo feminino (57,4 vs 58,9 anos; $p < 0,001$).

Não se verificou diferença significativa por sexos quanto ao tipo de unidade de saúde frequentada pelos doentes com perturbação depressiva. Constatou-se que a Unidade de Saúde Familiar (USF) é o tipo de unidade de saúde onde o diagnóstico de depressão é mais prevalente (66,4%). A idade média foi de $59,7 \pm 16$, em utentes inscritos em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e de $58,0 \pm 16,3$ nos inscritos em USF ($p < 0,001$, U de Mann-Whitney).

Não se verificaram diferenças significativas entre indivíduos com depressão do sexo feminino e masculino em relação ao tipo de família e ao nível socioeconómico (classe de Graffar) (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição da idade, tipo de unidade, tipo de família e classe de Graffar de acordo com o sexo dos indivíduos com depressão.

	Feminino	Masculino	Valor <i>p</i>
Idade	58,9 ± 16,2	57,4 ± 16,6	<0,001*
Tipo de unidade, % (n) n= 69215			
UCSP	33,6% (18266)	33,5% (4977)	0,362**
USF	66,4% (36073)	66,5% (9899)	
Tipo de família, % (n) n=2400			
Nuclear	64,6% (1207)	68,4% (363)	0,100*
Unitária	8,0% (150)	7,7% (41)	
Alargada	10,3% (193)	8,5% (45)	
Reconstruída	5,0 % (93)	5,3% (28)	
Monoparental	8,9% (167)	7,5% (40)	
Outras	3,2% (59)	2,6% (14)	
Classe de Graffar, % (n) n=2202			
Baixa	1,2% (20)	1,7% (8)	0,182*
Média-Baixa	18,9 % (326)	16,9% (81)	
Média	58,5% (1007)	56,9% (273)	
Média-Alta	19,6% (338)	22,9% (110)	
Alta	1,8% (31)	1,7% (8)	

Legenda: UCSP, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF, Unidade de Saúde Familiar.

* *Teste U de Mann-Whitney*

** *Teste Exato de Fisher*

Avaliação da classe de Graffar nas variáveis em análise

A classe de Graffar revelou-se significativamente diferente quando avaliada por tipo de família, sendo que nas famílias Nuclear e Reconstruída eram mais prevalentes as classes de Graffar Média e Média-Alta. Nas restantes tipologias de família foram mais prevalentes as classes Média e Média-Baixa de Graffar (Tabela 5).

Tabela 5- Classe de Graffar de acordo com o tipo de família.

	Classe de Graffar					Total (n=2026)	Valor <i>p</i>
	Baixa % (n)	Média- Baixa % (n)	Média % (n)	Média- Alta % (n)	Alta % (n)		
Tipo de família							
Nuclear	1,0% (13)	15,5% (206)	58,9% (782)	22,6% (300)	2,0% (27)	100,0% (1328)	<0,001*
Unitária	3,7% (6)	30,9% (50)	50,6% (82)	14,2% (23)	0,6% (1)	100,0% (162)	
Alargada	0,5% (1)	15,2% (31)	73,5% (150)	10,8% (22)	0,0% (0)	100,0% (204)	
Reconstruída	0,0% (0)	19,2% (19)	49,5% (49)	26,3% (26)	5,1% (5)	100,0% (99)	
Monoparental	2,4% (4)	22,3% (37)	58,4% (97)	16,3% (27)	0,6% (1)	100,0% (166)	
Outras	4,5% (3)	38,8% (26)	44,8% (30)	10,4% (7)	1,5% (1)	100,0% (67)	

* *Teste Kruskal-Wallis*

A classe de Graffar foi significativamente diferente consoante a idade da pessoa com depressão (Tabela 6). Assim, indivíduos mais novos tendem a apresentar maior nível socioeconómico quando comparados com indivíduos mais velhos ($p < 0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6- Classe de Graffar de acordo com a idade.

	Classe de Graffar					Valor <i>p</i>
	Baixa	Média-Baixa	Média	Média-Alta	Alta	
Idade						
Q1 (25)	46,0	43,0	46,0	47,0	48,3	
Mediana	53,0	52,0	58,0	66,0	64,5	<0,001*
Q2 (75)	64,0	63,0	70,0	77,0	79,8	

* *Teste Kruskal-Wallis*

Discussão

O presente estudo foi realizado analisando os dados do mundo real, colocados em registos eletrónicos de médicos de família da região Centro de Portugal trabalhando em ACeS aleatorizados. Verificou-se que a prevalência de perturbação depressiva nos ACeS considerados, em dezembro de 2022, foi superior no sexo feminino, o que corrobora o que é descrito na literatura nacional e internacional, verificando-se que a perturbação depressiva tem maior prevalência na mulher.^{1,2,14} A OMS reconhece que a depressão é cerca de 50% (1,5 vezes) mais comum entre as mulheres do que entre os homens.² No nosso estudo esta disparidade entre sexos foi ultrapassada tendo-se verificado que 78,5% dos doentes com depressão eram do sexo feminino (ou seja, cerca de 3,5 vezes mais mulheres do que homens). A nível nacional, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, a depressão afetava 251 mulheres por cada 100 homens.¹⁵ No entanto, as taxas de prevalência de depressão no homem poderão estar subestimadas, dado que os homens assumem menos frequentemente sintomas depressivos, tendem a desvalorizar a gravidade dos mesmos e procuram menos os cuidados de saúde devido à adoção do conceito tradicional de homem, que enaltece valores de independência e força, como indica um trabalho de revisão sobre o tema.¹⁶ Traduzindo este estudo a identificação de utentes através das codificações de problemas, a subvalorização/ desvalorização previamente referida pode significar que não foram incluídos na amostra todos os homens com perturbação depressiva. Por outro lado, o mesmo estudo refere que a depressão no homem se manifesta sobretudo por sintomas externalizantes (isto é, impulsividade, irritabilidade, alcoolismo, consumo de substâncias e outros comportamentos de risco), pelo que mais dificilmente é reconhecida.¹⁶

No que respeita à faixa etária, neste estudo verificou-se que 75% dos doentes com perturbação depressiva tinha idade igual ou superior a 40 anos. Comparando estes resultados com os de um estudo realizado numa USF da Administração Regional de Saúde do Norte, verificam-se semelhanças: 81,2% dos indivíduos com depressão tinham 40 ou mais anos e 60% dos doentes com esta patologia tinham idades compreendidas entre os 40- 69 anos.¹⁴ Quanto à prevalência da depressão em idades superiores a 65 anos há estudos com resultados controversos. Se por um lado as estimativas de prevalência desta doença em adultos a nível nacional indicam valores de prevalência significativamente mais baixos em idades acima dos 65 anos comparativamente às restantes faixas etárias,⁹ outros trabalhos, referem que a frequência de pessoas com sintomas depressivos será superior em faixas etárias mais avançadas¹ com a prevalência de depressão acima dos 65 anos a variar entre 6,4% e 34,0%¹¹ sendo de 25% acima dos 73 anos, no presente trabalho. Além disso, é possível que prevalências mais baixas de perturbação depressiva nos idosos se devam a

casos subdiagnosticados,¹⁷⁻²² por atribuição da sintomatologia depressiva ao processo de envelhecimento^{11,18} ou a outras comorbidades^{19,20} e à sua forma de apresentação atípica neste grupo etário.^{20,21,22} Neste contexto, é de salientar a suscetibilidade dos idosos para perturbação depressiva e para um maior risco de suicídio,^{1,18} devido a características de contexto como isolamento social, viuvez e patologias crónicas.¹⁸ Relativamente ao outro extremo da população, a perturbação depressiva afeta cerca de 2% das crianças e 4-8% dos adolescentes,²³ sendo que a sua prevalência na adolescência aumenta com a idade.²⁴ Esta patologia tem vindo a ser diagnosticada com frequência crescente entre os adolescentes.^{24,25} Segundo uma metanálise realizada com base em estudos de diversos países, as estimativas de prevalência de depressão em crianças e adolescentes aumentou durante o primeiro ano da pandemia, correspondendo a 12,9%, no período pré-pandémico e a 25,2% durante a pandemia.²⁶ Ainda assim, a perturbação depressiva estará sub-diagnosticada nas faixas etárias mais jovens,^{24,25} provavelmente devido à sua imaturidade cognitiva e linguística,²⁷ mas também pela sua apresentação atípica nestas idades, manifestando-se sobretudo por irritabilidade.^{24,27} De acordo com um estudo, os problemas/conflitos familiares são o principal contexto que leva ao surgimento de perturbação depressiva entre os adolescentes.²⁵ Um episódio de depressão durante a adolescência geralmente anuncia um distúrbio crónico ou recidivante, dificuldades psicossociais e problemas de saúde mental.²⁸ Além disso, as tentativas de suicídio na adolescência podem originar grande letalidade.²⁷ Por tudo isto, torna-se essencial identificar precocemente os jovens que têm fatores de risco para perturbação depressiva, conhecendo e intervindo nos diferentes contextos onde estão inseridos, de modo a minimizar os efeitos dos fatores desencadeantes desta patologia²⁵ e as suas consequências para o doente e para a sociedade. Neste âmbito, é de realçar que, segundo evidência preventiva, o rastreio de depressão à população adulta²⁹ e a adolescentes entre os 12 e os 18 anos é essencial.³⁰

Relativamente ao tipo de família, verificou-se que a maioria dos doentes com perturbação depressiva viviam numa Família Nuclear, 65,4%, 9,9% pertenciam a uma Família Alargada, 8,6% a uma Família Monoparental, 8,0% a uma Família Unitária e 5,0% a uma Família Reconstruída. Comparando com os dados dos Censos de 2021 em relação aos agregados familiares em geral, os resultados deste estudo parecem ser semelhantes: a maioria dos núcleos familiares correspondia a núcleos com filhos (45,3% vs 36% a núcleos de casais sem filhos) e 8,8% eram núcleos familiares reconstituídos.³¹ As divergências verificam-se ao nível das famílias Unitárias e Monoparentais. Enquanto existiam mais doentes com perturbação depressiva a viver em famílias Monoparentais do que Unitárias, a nível nacional a ordem de agregados familiares inverte-se, existindo mais agregados unipessoais (24,8%) do que monoparentais (18,5%).³¹ Estes resultados favorecem as conclusões de um estudo no qual

se verificou que a Família Nuclear não era um fator protetor de doença mental.³² Ainda neste âmbito, um estudo português não encontrou associações estatisticamente significativas para diferentes tipos de família e a depressão no doente idoso.¹¹ Um estudo verificou que pais ou mães solteiros/as apresentavam frequências mais altas de transtornos de humor, comparativamente aos casados,³³ o que pode justificar que neste trabalho, as famílias monoparentais ocupem a terceira posição da lista de tipologias familiares que mais se associam a perturbação depressiva, pelo que esta problemática deverá ser alvo de posteriores estudos. É de notar que de um total de 69215 doentes, a tipologia familiar era conhecida apenas em 3,5% dos casos (n=2400), sendo esta uma limitação deste estudo.

Em relação ao nível socioeconómico, constatou-se que mais de metade (58,1%) dos doentes com perturbação depressiva pertenciam à classe Graffar Média. Verificou-se que existiam mais doentes com esta patologia nas classes Graffar Média-Alta e Alta em comparação com as classes Média-Baixa e Baixa, respetivamente. Apenas 1,3% dos doentes pertenciam à classe Baixa. Comparando estes resultados com o que é descrito na literatura, existem divergências: baixos níveis socioeconómicos estão associados a uma maior prevalência de perturbação depressiva.^{1,10,34} No contexto europeu, um desses estudos calculou o baixo nível socioeconómico usando o conjunto do número total de anos de escolaridade e os quintis de rendimento, e verificou ainda que maiores níveis de escolaridade diminuem a probabilidade de depressão, o que não acontece com o rendimento.³⁴ A nível nacional, verificou-se também a relação entre baixo nível socioeconómico e maior prevalência de depressão.¹ No entanto, é de considerar a limitação geográfica como uma limitação deste estudo, uma vez que foram estudados ACeS pertencentes à Região Centro que apresenta uma das melhores economias regionais do nosso país. É de notar que, neste estudo, a classe Graffar era conhecida apenas em 3,2% dos doentes com depressão (n=2202), representando uma outra limitação deste estudo. Dado o impacto do baixo nível socioeconómico na prevalência de perturbação depressiva,^{1,10} sobretudo devido ao nível de escolaridade,³⁴ é importante atentar a estas características de contexto, de modo a desenvolver estratégias de prevenção desta patologia.³⁴

A prevalência de perturbação depressiva obtida nos dois ACeS estudados foi de 12,4%. Este número é superior ao da prevalência de perturbação depressiva a nível nacional que se aproxima dos 8,0%, segundo o SNS.⁴ Comparando os resultados deste estudo com dados da Região Centro, os valores são semelhantes: a taxa de prevalência de perturbação depressiva era de 13,2% em 2018,¹ sendo esta a região do país onde se verificou a maior proporção de utentes com registo desta patologia em 2016.³⁵ Isto pode relacionar-se com uma grande frequência desta perturbação na Região Centro, mas também com a acessibilidade aos

cuidados de saúde e às práticas de diagnóstico e codificação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).¹

Neste estudo constatou-se ainda que a prevalência de perturbação depressiva no ACeS Dão Lafões (13,3%) foi superior à registada no ACeS Pinhal Litoral (11,5%), sugerindo uma variação geográfica desta patologia na Região Centro com diferenças entre o interior e o litoral. De acordo com o Perfil Regional de Saúde da Região Centro, em 2021, o número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional por 1000 habitantes da população ativa, a proporção da população que recebia Rendimento Social de Inserção, Pensão da Segurança Social e subsídio de desemprego, era superior no ACeS Dão Lafões comparativamente ao que se verificou no ACeS Pinhal Litoral.³⁶ Com base nesse mesmo documento, as taxas de abandono escolar e de analfabetismo são superiores no ACeS Dão Lafões comparativamente ao ACeS Pinhal Litoral, que conta com maior proporção da população com o ensino secundário e superior em relação ao primeiro ACeS.³⁶ Tendo em conta os dados supracitados, o resultado deste estudo corrobora aquilo que é descrito na literatura: a depressão relaciona-se positivamente com o desemprego³⁷ e é mais prevalente nas pessoas mais pobres e com menor nível de escolaridade.^{1,10} Assim, a maior prevalência de perturbação depressiva no interior do país em comparação com o litoral pode dever-se, também, à diferença das características da população destas regiões. No entanto, é de considerar que estes dados dependem da codificação ativa do problema, pelo que, sendo altamente dependentes dos registos, podem não refletir de forma liminar a prevalência da doença nos ACeS. Neste âmbito, segundo dados do SNS, em dezembro de 2022, havia maior taxa de utilização de consultas e maior percentagem de utentes com médico de família atribuído no ACeS Dão Lafões comparativamente ao ACeS Pinhal Litoral.¹³ Deste modo, a diferente acessibilidade aos CSP entre estas regiões poderá condicionar diferenças na frequência do diagnóstico de perturbação depressiva e explicar a sua maior prevalência no interior do nosso país em comparação com o litoral. Para esclarecer esta questão são necessárias futuras investigações que visem estudar a população destas regiões. No entanto, é de realçar o papel fundamental do médico de família no diagnóstico de perturbação depressiva, que devido à prestação de cuidados de proximidade e longitudinalidade ao doente, conhece parte do seu contexto.

No presente estudo verificou-se também que no ACeS Dão Lafões a média das idades dos doentes com perturbação depressiva e a prevalência da mesma no sexo feminino (79,0%) eram superiores às do ACeS Pinhal Litoral onde as mulheres representavam 78,0% dos doentes. Estes resultados coincidem com a distribuição dos utentes inscritos nestes ACeS, em relação ao sexo e faixa etária: em Dão Lafões, há maior proporção de mulheres inscritas

nos CSP e mais utentes que pertencem a faixas etárias mais avançadas, em comparação com Pinhal Litoral.^{38,39}

Neste estudo verificou-se que os doentes do sexo masculino eram, em média, mais novos comparativamente aos do sexo feminino, com diferença estatística significativa. Estes resultados corroboram os de outros estudos que indicam que as crianças do sexo masculino são mais propensas a ter perturbação depressiva comparativamente às do sexo feminino,²³ ocorrendo um pico na diferença de prevalência de depressão entre géneros na adolescência.^{40,41} Num desses estudos, é ainda referido que entre os 15-19 anos, a prevalência de depressão atinge o dobro das mulheres relativamente aos homens, sendo uma tendência que se verifica até aos 54 anos e declina depois dessa idade.⁴⁰ Ainda neste âmbito, segundo o Relatório de Saúde Mental em Portugal, o maior risco de perturbações de humor na mulher ocorre até aos 49 anos.¹ Os resultados obtidos no presente estudo podem também relacionar-se com a distribuição por sexo e idade dos doentes da população estudada, dado existir um predomínio de homens nas faixas etárias mais jovens e um maior número de mulheres nas restantes,^{38,39} à semelhança do que acontecia na população portuguesa à data deste estudo,⁴² dada a maior esperança de vida do sexo feminino.

No que concerne ao tipo de unidade de saúde, neste estudo verificou-se que a perturbação depressiva é, não significativamente, mais prevalente em USF do que em UCSP. Este resultado poderá ser devido aos tipos de unidade de CSP de cada ACeS, uma vez que no AceS Dão Lafões onde se verificou maior prevalência desta patologia, há maior proporção de USF em relação a UCSP, comparativamente a Pinhal Litoral.^{38,39} Por sua vez, os resultados obtidos podem também relacionar-se com a distribuição dos utentes da população estudada por tipo de unidade de saúde, com um maior número de utentes inscritos em USF comparativamente às UCSP.^{38,39}

Relativamente ao tipo de família por sexo, verificou-se que, sem diferença significativa, nas famílias Nucleares e Reconstruídas, os homens apresentam maior prevalência de depressão em comparação com as mulheres. Nas restantes tipologias familiares, as mulheres têm maior prevalência de perturbação depressiva comparativamente aos homens. Neste âmbito, um estudo descreve que o divórcio tende a causar mais episódios depressivos em homens do que em mulheres e que a perda da custódia do filho pode ser muito difícil para o sexo masculino.¹⁶ Isto poderá explicar a maior prevalência de perturbação depressiva nos homens comparativamente às mulheres, nas famílias Reconstruídas. Num outro estudo verificou-se que o casamento ou coabitação são importantes fatores atenuantes de perturbação depressiva em ambos os sexos, constatando-se que o trabalho doméstico influencia a prevalência de depressão no homem, mas não na mulher.⁸ Da mesma forma, a viuvez e a

condição de solteiro apresentaram-se como fator de risco mais significativo para esta patologia em homens do que mulheres.⁸ No entanto, as diferenças encontradas no presente estudo em relação ao impacto do tipo de família na perturbação depressiva entre o sexo feminino e masculino não revelaram diferença significativa. Assim, as diferenças encontradas poderão relacionar-se com a distribuição do tipo de família por sexo, na população estudada, uma vez que no nosso país existe um maior número de famílias Monoparentais e unipessoais femininas do que masculinas,³¹ e também com o trabalho médico, nomeadamente de classificação ICPC-2.

No que concerne ao nível socioeconómico, na classe Baixa e Média-Alta a prevalência de perturbação depressiva era superior no homem relativamente à mulher. Em todos os restantes níveis socioeconómicos, a prevalência desta patologia era superior no sexo feminino comparativamente ao masculino. Neste contexto, os resultados de uma metanálise indicaram que o desemprego tinha mais efeitos negativos na saúde mental do homem, comparativamente à mulher,⁴³ o que poderia apoiar o facto de, no presente estudo, se ter verificado que na classe Baixa a perturbação depressiva era mais frequente no sexo masculino. Um outro estudo indicou que um bom nível socioeconómico se associa a menos perturbação depressiva em ambos os sexos.⁸ Contudo, as diferenças encontradas no presente estudo em relação ao impacto do nível socioeconómico na perturbação depressiva entre os dois sexos não têm significância estatística. As diferenças encontradas poderão relacionar-se com a distribuição do nível socioeconómico por sexo, na população estudada. Assim, os resultados do presente estudo refutam a ideia de que o tipo de família e o nível socioeconómico sejam características de contexto que expliquem a diferença de prevalência de depressão entre os dois sexos.

Neste estudo verificou-se que o nível socioeconómico (classe Graffar) foi significativamente diferente consoante o tipo de família do doente com perturbação depressiva, sendo que nas famílias Nuclear e Reconstruída eram mais prevalentes as Classes de Graffar Média e Média-Alta. Nas restantes tipologias de família, das quais 9,9% são Famílias Alargadas, 8,6% Monoparentais e 8,0% Unitárias prevaleceram as classes Média e Média-Baixa de Graffar. Estes resultados não surpreendem, dado que as Famílias Alargadas surgem sobretudo devido à insuficiência económica dos filhos para adquirirem a sua independência como agregado familiar e em virtude do envelhecimento populacional. De facto, na atualidade têm-se verificado um conjunto de fatores socioeconómicos, nomeadamente o aumento da inflação e do custo de habitação e a precariedade no mercado de trabalho e salarial, que poderão explicar a necessidade dos filhos permanecerem em casa dos pais, juntamente com os seus descendentes e eventualmente com os seus cônjuges/companheiros. Neste âmbito, um

estudo de sociologia alertou para a dependência económica, social e residencial na monoparentalidade, refletindo a sua particular vulnerabilidade.⁴⁴ Por outro lado, nos últimos anos tem-se verificado um aumento do índice de envelhecimento⁴⁵ e da esperança média de vida em Portugal,⁴⁶ o que leva a que muitos idosos passem a viver com os seus descendentes, criando famílias alargadas. Por sua vez, as Famílias Monoparentais são particularmente vulneráveis em termos económicos⁴⁴ ao passo que as famílias unipessoais no nosso país são sobretudo constituídas por mulheres, com 65 ou mais anos, não ativas, principalmente reformadas, com escolaridade até ao ensino básico.³¹ No entanto, estes resultados são discordantes em relação aos de outro estudo realizado com base em dados dos processos familiares de um médico de família no Centro de Portugal, no qual se verificou não existir diferença significativa quando avaliada a relação entre os tipos de famílias e o índice de Graffar.⁴⁷

Por último, neste estudo verificou-se que a classe de Graffar é significativamente diferente consoante a idade do doente com perturbação depressiva, sendo que os doentes mais novos tendem a apresentar maior nível socioeconómico comparativamente aos mais velhos. De acordo com os Censos de 2021 a população mais jovem tem associado um nível de escolaridade mais elevado.⁴⁸ Assim, presume-se que as faixas etárias mais jovens alcancem uma profissão de nível mais elevado e conseqüentemente obtenham melhores rendimentos e condições de alojamento, pertencendo a maiores níveis socioeconómicos. De facto, o dinheiro parece não ser sinónimo de felicidade, sobretudo entre os mais jovens.

Uma limitação do presente estudo é a sua limitação geográfica, uma vez que foi realizado com base em dados de doentes de dois ACeS pertencentes à ARSC. Com vista a obter mais informação acerca deste assunto, será importante realizar um estudo com dados de doentes inscritos num maior número de ACeS, preferencialmente de várias regiões do país.

Uma outra limitação deste estudo prende-se com o facto do tipo de família e a classe de Graffar serem conhecidos numa pequena percentagem dos doentes com perturbação depressiva. Neste âmbito, é essencial incentivar para o registo destes dados nos processos clínicos dos doentes.

Outra fonte de possível enviesamento reside no facto de não serem conhecidas as características da população estudada, nomeadamente a sua distribuição por tipo de família e nível socioeconómico. Teria sido interessante conhecer essa distribuição, para perceber o seu impacto nos resultados obtidos. De referir ainda que a obtenção de uma amostra de grande dimensão neste estudo pode justificar que alguns resultados tenham significância estatística, embora não sejam clinicamente significativos.

Outra limitação deste estudo deve-se ao facto dos resultados dependerem da existência e do rigor dos registos médicos, das práticas de diagnóstico e de codificação ICPC-2. Apesar do diagnóstico de perturbação depressiva se basear em critérios bem definidos, a sensibilidade para o realizar depende do médico, do doente e dos fatores ambientais da consulta. Relativamente à codificação, neste estudo, a amostra incluiu apenas os doentes com o diagnóstico de perturbação depressiva classificada com a ICPC-2, sem ter em conta outros registos clínicos textuais e os possíveis erros de codificação. Para minimizar estas limitações em estudos futuros, poderá ser útil aumentar o treino e incentivar a utilização da ICPC-2.

De modo a perceber se as características de contexto associadas a perturbação depressiva no presente trabalho, são efetivamente fatores de risco para esta patologia, sugere-se a realização de um estudo de coorte prospetivo em que se identifiquem, no início do estudo, pessoas com estas características de contexto, mas sem o diagnóstico desta perturbação, comparando a prevalência deste diagnóstico nestes grupos definidos e em grupos de controlo da população, dez anos depois. Caso se verifique que estas características de contexto são fatores de risco para perturbação depressiva, tornar-se-á possível uma intervenção preventiva e centrada no doente, perante esta patologia.

Conclusão

Nos dois ACeS da Região Centro, estudados, em 2022, a maioria dos doentes com depressão era do sexo feminino, tinha idade igual ou superior a 40 anos, vivia numa família nuclear e pertencia à classe Graffar Média. Verificou-se que os doentes do sexo masculino eram, em média, mais novos em relação aos do sexo feminino (57,4 vs 58,9 anos; $p < 0,001$). A classe de Graffar revelou-se significativamente diferente segundo o tipo de família ($p < 0,001$) e segundo a idade do doente ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças significativas entre sexos, em relação ao tipo de família e à classe de Graffar.

O reconhecimento deste perfil alerta para a necessidade de rastreio de sintomatologia depressiva, permitindo diagnóstico mais precoce, tratamento mais adequado e, abordagens preventivas de pessoas com essas características de contexto.

Neste estudo constatou-se que no âmbito dos CSP, na Região Centro, o rastreio de sintomatologia depressiva nos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, que vivem numa Família Nuclear e pertencem à classe Graffar Média pode ser importante seguindo evidência preventiva.

A importância de abordar o doente de forma holística e de conhecer as suas características de contexto, bem como o papel essencial do médico de família na realização destas tarefas, dada a proximidade e longitudinalidade dos cuidados que presta ao doente, é assim uma mais-valia da Medicina Geral e Familiar.

Agradecimentos

Chegado o fim desta etapa importante do meu percurso académico, agradeço a todos aqueles que tornaram possível e me ajudaram durante esta longa caminhada. Assim, expresso a minha gratidão, em especial:

Ao meu orientador, Doutor Carlos Seiça Cardoso, pela orientação, disponibilidade demonstrada e sugestões realizadas ao longo da elaboração deste trabalho; **Ao meu coorientador**, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pelo encorajamento, coorientação, ajuda e partilha de conhecimento, absolutamente essenciais à realização deste trabalho;

Aos meus pais, por me terem ajudado a tornar na pessoa que sou hoje e pelo papel crucial que desempenham na minha vida; por estarem ao meu lado em todos os momentos, pelo apoio inabalável e pela coragem que sempre me transmitiram, especialmente nestes últimos tempos tão desafiantes; pelo amor incondicional que nos une, por serem o meu exemplo de perseverança e pelos esforços que realizam para que eu possa viver o meu sonho;

Aos meus avós, por todos os valores e ensinamentos que me transmitem; pelo orgulho demonstrado, pela preocupação expressa e pelo interesse constante no meu bem-estar;

Ao meu namorado, por ser fonte de felicidade e um apoio constante e fundamental para o meu sucesso; pela paciência, compreensão e companheirismo; por me encorajar e ajudar a lidar com a pressão académica; por ser uma inspiração e me motivar a ser e a fazer o meu melhor todos os dias;

Às minhas afilhadas e ao Guilherme, por serem quem me mostra uma forma mais simples e leve de encarar os desafios da vida; pela coragem que me dão através dos seus abraços apertados; pelo ânimo, pela esperança e pela alegria que me transmitem;

Aos amigos que Coimbra me deu, por todos os momentos felizes e de descontração que me proporcionaram no decurso desta jornada, pelo apoio, amizade e confiança, especialmente à **Inês**, à **Diana** e ao **Tiago** por me terem ajudado a ultrapassar os momentos de maior desânimo e a atingir os meus objetivos. Também à **Ana Inês** e à **Margarida**, minhas “parceirinhas aglutinadas”, por termos passado sempre juntas pelas diversas etapas ao longo dos últimos seis anos.

A todos os outros que não mencionei, mas que de alguma forma me ajudaram ao longo do meu percurso académico;

Referências Bibliográficas

¹Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder- Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década [Internet]. Lisboa: CNS, 2019 [cited 2023 Aug 14]. 115 p. ISSN: 2184-6960. Available from: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>.

²World Health Organization. Depressive disorder (depression) [document on the Internet]. WHO; 2023 Mar 31[cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

³Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das perturbações depressivas. *Acta Méd Port.*2005;18:129-146.

⁴Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Depressão [document on the Internet]. SNS 24; [updated 2023 May 10; cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/>.

⁵ICPC-2: Sistema auxiliar de classificação [document on the Internet]. Daniel Pinto; [cited 2023 Aug 18]. Available from: <http://icpc2.danielpinto.net/P/7/P76/>.

⁶World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO, 2017 [cited 2023 Aug 18]. 20 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

⁷Dobson KS, Dozois DJA. Risk factors in depression. 1st ed. Academic Press; 2008. 510 p.

⁸Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010;71(2): 305-313.

⁹Almeida JM, Xavier M (Universidade Nova de Lisboa). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório [Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas; 2013 [cited 2023 Aug 21]. 58 p. ISBN: 978-989-98576-0-5. Available from: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.

¹⁰Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:14.

¹¹Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Port Clin Geral.* 2010;26:384-91.

¹²Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. Novos Tipos de Família: Plano de Cuidados[e-book]. 1ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010 [cited 2023 Aug 21]. Available from: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/tipos-de-familia.pdf>.

¹³Serviço Nacional de Saúde. Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários [document on the Internet]. Portugal: ACSS [updated 2023 Sept 4; [cited 2023 Aug 21]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>.

¹⁴Correia S, Santos M, Sobral D. Depressão: Um Problema por Resolver?. *RevADSO*.2018;08:16-22.

¹⁵Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde: 2019 [Internet]. Lisboa: INE, 2020 June [cited 2023 Aug 22]. 13p. Available from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=441370700&att_display=n&att_download=y.

¹⁶Affleck W, Carmichael V, Whitley R. *Can J Psychiatry*. Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services. 2018; 63(9):581–589.

¹⁷World Health Organization. Mental health of older adults [document on the Internet]. WHO; [updated 2017 Dec 12; [cited 2023 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

¹⁸Pais J, Abreu AT, Pina C. Depressão no idoso. 2016 dez 9 [cited 2023 Aug 23]. In: *Metis: Informação de saúde para todos, numa linguagem clara e acessível* [Internet]. Universidade do Porto: Santos P. Available from: http://metis.med.up.pt/index.php/Depress%C3%A3o_no_idoso.

¹⁹Buckley MR, Lachman VD. Depression in older patients: Recognition and treatment. *JAAPA*.2007; 20(8):34-41.

²⁰Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2): 469–x.

²¹Damme AV, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *International Journal of General Medicine*.2018;11:113–120.

²²Shahpesandy H. Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuroendocrinol Lett*. 2005;26(6):691–695.

²³Costa MH. Depressão na criança e adolescente. 2018 set 23 [cited 2023 Aug 23]. In: *Metis: Informação de saúde para todos, numa linguagem clara e acessível* [Internet]. Universidade do Porto: Santos P. Available from: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Depress%C3%A3o_na_crian%C3%A7a_e_adolescente.

²⁴Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R. Diagnosis and management of depression in adolescents. *CMAJ*.2023;195:E739-46.

²⁵Resende C, Santos E, Santos P, Ferrão A. Depressão nos adolescentes – mito ou realidade?. *Nascer e Crescer*. 2013;22(3):145-150.

- ²⁶Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.*2021;175(11):1142-1150.
- ²⁷Crujo M, Marques C. As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:576-82.
- ²⁸Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.*2012; 379(9820): 1056–1067.
- ²⁹US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults. *JAMA.* 2023;329(23):2057-2067.
- ³⁰US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents. *JAMA.* 2022;328(15):1534-1542.
- ³¹Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os censos sobre as estruturas familiares. Portugal: Lisboa; 2022.
- ³²Castelo Branco AE. A relação entre os tipos de família e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família. MSc [dissertation]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; 2013.
- ³³Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of Psychiatric Disorder in Lone Fathers and Mothers: Examining the Intersection of Gender and Family Structure on Mental Health. *Can J Psychiatry.*2011;56 (9):567–573.
- ³⁴Freeman A , Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M ,Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health.* 2016; 16:1098.
- ³⁵Carvalho A, Xavier M, Domingos P, Almeida C, Pires P, Szabzon F. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 out [cited 2023 Aug 24]. 20 p. Available from: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf.
- ³⁶Serviço Nacional de Saúde. Saúde Pública: Perfil Regional de Saúde da Região Centro [document on the Internet]. DSP da ARS Centro; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.arscentro.min-saude.pt/saude-publica/perfil-regional-de-saude/>.
- ³⁷Coelho IL, Sousa-Uva M, Pina N, Marques S, Matias-Dias C, Rodrigues AP. Crise Económica em Portugal: Evolução da Incidência de Depressão e Correlação com o Desemprego. *Acta Med Port.* 2021;34(4):278-282.

³⁸Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ACeS Dão Lafões [document on the Internet]. Lisboa: SNS; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/Pages/default.aspx>.

³⁹Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ACeS Pinhal Litoral [document on the Internet]. Lisboa: SNS; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>.

⁴⁰Faravelli C, Scarpato MA, Castellini G, Sauro CL. Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Res.* 2013; 210:1301-1303.

⁴¹Salk RH, H JS, Abramson LY. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull.* 2017 August ; 143(8): 783–822.

⁴²Pirâmides Populacionais do Mundo desde 1950 até 2100: Portugal 2022 [document on the Internet]. PopulationPyramid.net; [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2022/>.

⁴³Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav.* 2009; 74(3): 264–282.

⁴⁴Marinho S. Famílias monoparentais em Portugal: linhas de continuidade e de transformação nas duas últimas décadas. In VIII Congresso Português de Sociologia [Internet]. 40 anos de Democracia(s): Progressos, Contradições e Prospetivas; 2014 Apr 14-16; Évora, Portugal. [cited 2023 Sept 2]. p. 5-6. Available from: https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-07/Transformação-nas-duas-últimas-décadas-das-famílias-monoparentais_Sofia-Marinho.pdf.

⁴⁵PORDATA. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento [document on the Internet]. INE, PORDATA; [updated 2023 ago 7; cited 2023 Sept 2]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>.

⁴⁶PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) [document on the Internet]. INE, PORDATA; [updated 2023 May 31; cited 2023 Sept 2]. Available from: [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418).

⁴⁷Bispo RM, Santiago LM, Rosendo I, Simões JA. Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Rev Port Med Geral Fam.* 2022;38:149-56.

⁴⁸Lima F (Instituto Nacional de Estatística, I.P). Censos 2021 Resultados Definitivos: Portugal [Internet]. Lisboa: INE, 2022 [cited 2023 Sept 2]. 132 p. ISSN 0872-6493. Available from:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2.

Anexos

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ARSC



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: Deliberado homologar o parecer final favorável da Comissão de Ética para o serviço relativamente ao projeto/estudo em anexo. 20.04.2023 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSUNTO:

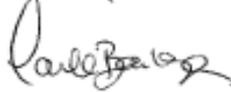
22/2023 - O perfil da pessoa com o diagnóstico de depressão (CPC-2 (P76) na Região Centro de Portugal


Dr. Mário Ruivo
Presidente,


Dr. Mário Ruivo
Vogal,

A investigadora pretende caracterizar o perfil da pessoa com diagnóstico de depressão. Para tanto irá requerer dados anonimizados à ARS Centro circunscritos a algumas unidades de saúde da sua área de abrangência. Não apresenta consentimento uma vez que não terá qualquer contato com doentes, profissionais, etc. O estudo basear-se-á em dados anonimizados já recolhidos. Casos os instrumentos indicados na metodologia impliquem a respetiva autorização de utilização dos autores e esta não exista a investigadora deve enviar para esta CE as autorizações respetivas.

O Relator: (Dra. Carla Barbosa)



O Presidente da CES: (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)

