



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

**SARA DANIELA PIRES FERREIRA**

**A DEPRESSÃO NA DOENÇA CRÓNICA: UM ESTUDO NOS CUIDADOS DE**  
**SAÚDE PRIMÁRIOS DA REGIÃO CENTRO**

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO**

**Dr. NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA**

**ABRIL 2018**



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

SARA DANIELA PIRES FERREIRA<sup>1</sup>

**A DEPRESSÃO NA DOENÇA CRÓNICA: UM ESTUDO NOS CUIDADOS DE  
SAÚDE PRIMÁRIOS DA REGIÃO CENTRO**

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO<sup>1,2</sup>

Dr. NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Fernão de Magalhães

<sup>3</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Correio Eletrónico: sara\_dp\_ferreira@hotmail.com

ABRIL 2018

“Todo o investigador investiga porque está perdido e será sensato não ter a ilusão de que deixará de o estar. Deve, sim, no final da sua investigação, estar mais forte. Continua perdido, mas está perdido com mais armas, com mais argumentos. Como alguém que continua náufrago, mas que tem agora, contra as intempéries e os perigos, um refúgio mais eficaz.”

Gonçalo M. Tavares (2013)<sup>1</sup>

## ÍNDICE

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| LISTA DE SIGLAS .....            | 3  |
| RESUMO .....                     | 4  |
| ABSTRACT .....                   | 6  |
| INTRODUÇÃO .....                 | 8  |
| MATERIAIS E MÉTODOS .....        | 11 |
| RESULTADOS .....                 | 13 |
| DISCUSSÃO.....                   | 18 |
| CONCLUSÃO .....                  | 25 |
| AGRADECIMENTOS.....              | 26 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 27 |
| ANEXOS.....                      | 34 |

## **LISTA DE SIGLAS**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IC – Intervalo de Confiança

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

MGF – Medicina Geral e Familiar

OR – *Odds Ratio*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHC – *Primary Health Care*

TSH – Hormona Estimulante da Tiróide

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **RESUMO**

**Introdução:** A depressão, associada a outras doenças crónicas, está relacionada com um agravamento do estado geral de saúde, mais do que qualquer outra associação de patologias. Este estudo teve como objetivo identificar as doenças crónicas não psiquiátricas que mais frequentemente antecedem o diagnóstico de depressão nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), avaliando a realidade nacional, na região Centro.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional retrospectivo caso-controlo, numa amostra constituída pelos utentes de uma unidade aleatória de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, excluindo os que apresentavam o diagnóstico de depressão, em 2015. Através do Gabinete de Informática da ARS do Centro, fez-se o levantamento dos novos casos de depressão, em 2016, nas unidades selecionadas e identificaram-se as doenças crónicas existentes nesse grupo de utentes, em 2015, através dos registos da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2ª Edição (ICPC-2). Para analisar a relação entre várias comorbilidades e depressão, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado e calculou-se o *Odds Ratio* (OR). Definiu-se como estatisticamente significativo o valor-p <0,05.

**Resultados:** Numa amostra de 47.267 utentes, 384 foram diagnosticados com perturbação depressiva, em 2016. A taxa de incidência total foi de 0,81%, sendo superior no sexo feminino (1,23%) e entre 45-74 anos (~1,1%). O problema com maior risco relativo estimado foi a “Síndrome vertiginosa” (OR=4,09), seguindo-se “Cefaleia” (OR=3,53), “Catarata” (OR=3,10), “Síndrome da coluna com irradiação de dor” (OR=2,88), “Bócio” (OR=2,69) e “Alteração funcional do estômago” (OR=2,58). Não houve diferença estatística significativa nos problemas “Obesidade” e “Diabetes não insulino-dependente”.

## **A depressão na doença crónica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro**

**Discussão:** A incidência de depressão, em 2016, nas unidades estudadas, foi superior no sexo feminino e entre 45-74 anos, corroborando com o que é descrito na literatura. Relativamente às patologias crónicas que mais frequentemente antecedem quadros de depressão, confirmaram-se algumas relações já descritas noutros estudos e contestaram-se outras, como é o caso da “Obesidade” e “Diabetes não insulino-dependente”. Como limitações do estudo, salienta-se o facto de ter sido realizado com base em dados referentes apenas a 6 unidades de CSP, os resultados estarem condicionados pela qualidade dos registos clínicos e a possibilidade da depressão estar a ser sub-diagnosticada.

**Conclusão:** Constatou-se uma relação estatística significativa entre diversos problemas crónicos e o diagnóstico de perturbação depressiva. Na região Centro, no âmbito dos CSP, deverá ser monitorizado o risco de desenvolvimento de depressão nos quadros de vertigem, cefaleia, catarata, dor vertebral com irradiação, bócio, dispepsia funcional, entre outros.

**Palavras-Chave:** Depressão; Doença Crónica; Comorbilidades; Cuidados de Saúde Primários; Medicina Geral e Familiar.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression, associated with other chronic diseases, is related to a general health condition deterioration, more than any other association of pathologies. The aim of this study was to identify chronic non-psychiatric diseases that most often precede the diagnosis of depression in Primary Health Care (PHC), evaluating the national reality in the Centre region of the country.

**Materials and Methods:** A retrospective observational case-control study was conducted in a sample of patients of one random unit of each Health Centers Groupings of the Regional Health Administration (ARS), Centre region, excluding those with a diagnosis of depression, in 2015. Through the Informatics Office of the ARS, Centre region, all new cases of depression in selected units, in 2016, were surveyed and the chronic diseases existing in this group of patients, in 2015, were identified, through the records of the International Classification of Primary Care - Second Edition. To analyse the relationship between various comorbidities and depressive disorder, the chi-square test was used and the Odds Ratio (OR) calculated.

**Results:** In a sample of 47.267 patients, 384 were diagnosed with depressive disorder, in 2016. The total incidence was 0,81%, higher in females (1,23%) and in the 45-74 age group (~1,1%). The problem with the highest OR was “Vertiginous syndrome” (OR=4,09), followed by “Headache” (OR=3,53), “Cataract” (OR=3,10), “Neuropathic back pain” (OR=2,88), “Goiter” (OR=2,69) and “Functional Dyspepsia” (OR=2,58). There was no statistically significant difference in the problems “Obesity” and “Non-insulin-dependent diabetes”.

**Discussion:** The incidence of depression in the health units under study, in 2016, was higher in females and between 45 and 74 years of age, which is in agreement with the literature.

Regarding the chronic pathologies that most often precede depression, this work confirmed some relationships described in other studies and contested others, such as “Obesity” and “Non-insulin-dependent diabetes”. As limitations of the study, it should be noted that the present work was based on data referring to 6 units of PHC only, the results were conditioned by the quality of the clinical records, and the possibility that depression has been under-diagnosed has to be considered.

**Conclusion:** There was a statistically significant relationship between several chronic problems and the diagnosis of depressive disorder. In the Centro region, in PHC, the risk of developing depression in vertigo, headache, cataracts, neuropathic back pain, goiter, functional dyspepsia and others should be monitored.

**Keywords:** Depression; Chronic Disease; Comorbidities; Primary Health Care; General Practice / Family Medicine.

## **INTRODUÇÃO**

As doenças mentais são altamente prevalentes na população em geral, predominando as perturbações depressivas.<sup>2</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, o número de pessoas com depressão, a nível mundial, foi estimado em mais de 300 milhões,<sup>3</sup> sendo a principal causa de invalidez e uma das causas mais frequentes de incapacidade laboral nos países desenvolvidos.<sup>2,3</sup>

De acordo com a OMS, estudos realizados em mais de 60 países permitiram concluir que a depressão, associada a outras doenças crónicas, está relacionada com um agravamento do estado geral de saúde, mais do que qualquer outra associação de patologias.<sup>4</sup> Surge 1,5 a 7 vezes mais em doentes crónicos, comparativamente à população em geral.<sup>4,5</sup> Na verdade, são várias as doenças que parecem contribuir para a patogénese da depressão, seja através de efeitos diretos na função cerebral, devido à doença ou aos fármacos prescritos, seja através das suas repercussões psicossociais.<sup>6</sup>

Uma associação amplamente conhecida é o desenvolvimento de patologia mental, nomeadamente depressão, em doentes diabéticos. De facto, 1 em cada 4 doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) desenvolve uma forma clinicamente significativa de depressão, com uma prevalência 5 vezes superior ao que se observa na população em geral.<sup>7</sup> Doentes com diabetes e depressão comórbida têm pior prognóstico, com um aumento das taxas de complicações micro e macrovasculares.<sup>8,9</sup>

O desenvolvimento de depressão associa-se, ainda, a patologias de outros sistemas, aparentemente independentes, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a fibrose pulmonar idiopática. Efetivamente, a depressão surge como uma das comorbilidades mais comuns da DPOC, com prevalência entre 17% e 44%. Está associada a pior prognóstico de sobrevivência, mais exacerbações e mais dias de hospitalização.<sup>10,11</sup>

A depressão tem sido associada à gravidade da dispneia, tosse e disfunção pulmonar em doentes com fibrose pulmonar idiopática.<sup>12,13</sup> Além disso, alguns autores sugeriram que o tratamento da depressão, nestes doentes, pode melhorar não só o humor, mas também a dispneia.<sup>14</sup>

A depressão, associada a outras patologias, contribui para um aumento das taxas de morbidade e mortalidade, bem como para a diminuição da adesão ao tratamento e das hipóteses de recuperação, tanto da doença mental, como da perturbação comórbida. Além disso, apresenta uma maior procura de cuidados de saúde, mais hospitalizações e dias de internamento, assim como custos de saúde mais elevados.<sup>15</sup> Contudo, em Portugal, o *treatment gap*, intervalo entre o início dos sintomas e o tratamento instituído, é particularmente preocupante para as perturbações depressivas, com uma média geral de 5 anos.<sup>2</sup> A consequência mais grave da ausência de tratamento da depressão é o suicídio, que ocorre maioritariamente no contexto desta patologia e cuja coexistência de doença crónica se assume como um dos fatores de risco.<sup>16</sup> Desta forma, constata-se que o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento adequados e atempados são fundamentais para o controlo da globalidade dos problemas de saúde, bem como para a qualidade de vida do doente.

Em Portugal, as doenças psiquiátricas constituem um dos mais frequentes motivos de consulta nos CSP, com uma prevalência de cerca de 50%, encontrando-se metade destes doentes acompanhados exclusivamente pelo clínico de Medicina Geral e Familiar (MGF).<sup>17</sup> Estudos realizados revelaram que o tempo necessário para seguir as recomendações relacionadas com prevenção e vigilância de doenças crónicas é superior ao que estes médicos podem despende.<sup>17,18</sup>

Portanto, a realização deste trabalho tem como objetivo identificar as doenças crónicas não psiquiátricas que mais frequentemente antecedem o diagnóstico de depressão nos CSP, de forma a avaliar a realidade nacional, ao nível da região Centro, e respetiva comparabilidade

## **A depressão na doença crónica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro**

com dados internacionais. Desta forma, será possível reconhecer os doentes “em risco”, incidindo principalmente nestes o rastreio e vigilância de sintomas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo caso-controlo, cuja população-alvo foram os utentes inscritos em 6 unidades de CSP da ARS do Centro, no ano 2016. Foram seleccionadas aleatoriamente uma unidade de cada ACeS da ARS do Centro, recorrendo à lista existente na sua página *web* e à ferramenta *random.org*: ACeS Pinhal Litoral – Unidade de Saúde Familiar (USF) Marquês; ACeS Baixo Vouga – USF Terras de Antuã; ACeS Cova da Beira – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Tortosendo; ACeS Dão Lafões – UCSP Aguiar da Beira; ACeS Pinhal Interior Norte – UCSP Pampilhosa da Serra e ACeS Baixo Mondego – USF Araceti.

Da lista de utentes inscritos nas unidades supramencionadas, foram excluídos os que apresentavam o diagnóstico de perturbação depressiva, no ano 2015, o que resultou numa amostra de 47.267 utentes.

O presente estudo consistiu no levantamento de todos os novos casos de depressão, diagnosticados em 2016, nas unidades de CSP referidas anteriormente. De seguida, procedeu-se à contabilização das doenças crónicas existentes nesse grupo de utentes, no ano de 2015. Os dados foram recolhidos, através do Gabinete de Informática da ARS do Centro, após o parecer favorável da Comissão de Ética da ARS do Centro, obtido em outubro de 2017 (Anexo 1). Estas informações foram recolhidas através do processo clínico informático dos utentes, sendo as morbilidades identificadas pela codificação da ICPC-2. Este sistema de codificação clínica está arquitetado em 17 capítulos e 7 componentes.<sup>19</sup>

Foram consideradas as variáveis idade, sexo, a patologia em estudo, designadamente perturbação depressiva (codificada pela ICPC-2 como P76), diagnosticada em 2016 e problemas crónicos em 2015. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o auxílio do *software Microsoft® Office Excel*. Foi efetuada a caracterização geral da amostra,

tendo em consideração a idade, sexo e unidade de CSP. Calculou-se, também, a taxa de incidência de depressão, no total e em cada uma das unidades de CSP, no ano 2016. Posteriormente, contabilizaram-se as doenças crónicas preexistentes, através da codificação da ICPC-2. Para tal, recorreu-se à lista de problemas ativos em 2015, relativamente ao grupo de utentes diagnosticados com depressão, no ano 2016. Foram considerados apenas os problemas crónicos, com uma percentagem igual ou superior a 5,5% do total de doentes com perturbação depressiva. Excluíram-se, também, patologias codificadas pela ICPC-2 pertencentes ao capítulo Psicológico, uma vez que o presente estudo pretende apenas contabilizar patologias crónicas que não estejam associadas ao foro psiquiátrico. Desta forma, registaram-se os 16 problemas de carácter crónico mais frequentes.

Posteriormente, com o auxílio de uma tabela de contingência, calculou-se o OR, ou seja, uma estimativa do risco relativo de desenvolver um quadro de depressão, perante as várias patologias crónicas identificadas, com um Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Assim, foram considerados os utentes diagnosticados com perturbação depressiva e os utentes não diagnosticados com perturbação depressiva, em 2016 e ainda os que, no ano 2015, apresentavam o diagnóstico de uma determinada patologia crónica e os que não apresentavam. Para analisar a relação entre as várias comorbilidades e a perturbação depressiva, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor- $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com base em dados referentes a 6 unidades de CSP pertencentes ao ACeS da ARS do Centro. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra total, quanto à unidade de CSP, sexo e faixa etária. A amostra foi constituída por um total de 47.267 indivíduos, dos quais 23.679 (50,1%) pertenciam ao sexo masculino. Quanto à faixa etária, verificou-se um menor número de pessoas na amostra entre 0-14 anos (11,5%) e maior na faixa etária 45-59 anos (20,6%).

**Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo a unidade de CSP, faixa etária e sexo**

|                       |                          | <b>n (%)</b>         |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Unidade de CSP</b> | UCSP Aguiar da Beira     | 5.313 (11,2%)        |
|                       | UCSP Pampilhosa da Serra | 3.065 (6,5%)         |
|                       | UCSP Tortosendo          | 14.225 (30,1%)       |
|                       | USF Araceti              | 6.866 (14,5%)        |
|                       | USF Marquês              | 9.964 (21,1%)        |
|                       | USF Terras de Antuã      | 7.834 (16,6%)        |
| <b>Faixa Etária</b>   | 0-14                     | 5.441 (11,5%)        |
|                       | 15-29                    | 7.546 (16,0%)        |
|                       | 30-44                    | 8.614 (18,2%)        |
|                       | 45-59                    | 9.728 (20,6%)        |
|                       | 60-74                    | 8.947 (18,9%)        |
|                       | ≥75                      | 6.991 (14,8%)        |
| <b>Sexo</b>           | Feminino                 | 23.588 (49,9%)       |
|                       | Masculino                | 23.679 (50,1%)       |
| <b>Total</b>          |                          | <b>47.267 (100%)</b> |

**Tabela 1:** Descrição da amostra segundo a unidade de CSP, a faixa etária e o sexo. As variáveis são apresentadas por frequência absoluta e frequência relativa.

## A depressão na doença crônica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro

A Tabela 2 expõe o número total de utentes diagnosticados com perturbação depressiva, em 2016, assim como a taxa de incidência, no total e em cada uma das unidades de CSP. Apesar da UCSP Tortosendo ter apresentado um número superior de utentes com perturbação depressiva, a taxa de incidência foi mais elevada na USF Araceti (1,06%). A UCSP Pampilhosa da Serra foi a que revelou um menor número de utentes diagnosticados com perturbação depressiva, contudo a taxa de incidência foi inferior na USF Terras de Antuã (0,61%). O número total de utentes com o diagnóstico de perturbação depressiva, em 2016, foi de 384, sendo a taxa de incidência, no total, de 0,81%.

**Tabela 2 – Taxa de incidência de perturbação depressiva segundo a unidade de CSP**

| <b>Unidade de CSP</b>           | <b>Utentes Diagnosticados com P76 em 2016</b> | <b>Taxa de Incidência de P76 em 2016</b> |
|---------------------------------|---|--|
| <b>UCSP Aguiar da Beira</b>     | 43  | 0,81%                                    |
| <b>UCSP Pampilhosa da Serra</b> | 27  | 0,88%                                    |
| <b>UCSP Tortosendo</b>          | 117   | 0,82%                                    |
| <b>USF Araceti</b>              | 73  | 1,06%                                    |
| <b>USF Marquês</b>              | 76  | 0,76%                                    |
| <b>USF Terras de Antuã</b>      | 48  | 0,61%                                    |
| <b>Total</b>                    | <b>384</b>                                    | <b>0,81%</b>                             |

**Tabela 2:** Número total de utentes e taxa de incidência de perturbação depressiva (P76) segundo a unidade de CSP, no ano 2016.

Na Tabela 3, observa-se o número total de utentes com perturbação depressiva e a taxa de incidência de depressão, de acordo com a faixa etária e o sexo dos utentes. Verifica-se que não foi diagnosticado nenhum caso de perturbação depressiva entre 0-14 anos, seguindo-se a faixa etária dos 15-29 anos, com menor número de utentes com perturbação depressiva, no ano 2016 e uma taxa de incidência mais baixa (0,37%). O grupo entre 45-59 anos foi o que apresentou maior número de utentes com o referido diagnóstico, mas foi a faixa etária dos 60-

**A depressão na doença crónica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro**

74 anos que obteve maior incidência de perturbação depressiva (1,13%). Constatou-se, também, que a taxa de incidência de perturbação depressiva foi superior no sexo feminino (1,23%).

**Tabela 3 – Taxa de incidência de perturbação depressiva segundo a faixa etária e o sexo**

|                     | <b>Utentes Diagnosticados com<br/>P76 em 2016</b> | <b>Taxa de Incidência de<br/>P76 em 2016</b> |
|---------------------|---|--|
| <b>Faixa Etária</b> | 0-14 anos   | 0  |
|                     | 15-29 anos  | 28   |
|                     | 30-44 anos  | 76   |
|                     | 45-59 anos  | 109  |
|                     | 60-74 anos  | 101  |
|                     | ≥75 anos  | 70   |
| <b>Sexo</b>         | Feminino  | 290  |
|                     | Masculino   | 94   |
| <b>Total</b>        | <b>384</b>  | <b>0,81%</b>                                 |

**Tabela 3:** Número total de utentes e taxa de incidência de perturbação depressiva (P76) segundo a faixa etária e o sexo, no ano 2016.

A Tabela 4 evidencia as doenças crónicas (lista de problema ativos em 2015) mais frequentes em doentes diagnosticados com perturbação depressiva, no ano 2016, nas unidades de CSP em estudo e respetivas taxas de incidência. Verificou-se um predomínio de problemas inseridos nos seguintes capítulos da ICPC-2: Aparelho Digestivo, Olhos, Ouvidos, Aparelho Circulatório, Sistema Músculo-Esquelético, Sistema Nervoso, assim como Endócrino, Metabólico e Nutricional. O problema associado a uma maior taxa de incidência foi a “Síndrome vertiginosa” (3,1%). A “Obesidade” e a “Diabetes não insulino-dependente” apresentaram a taxa de incidência mais baixa (0,8%).

## A depressão na doença crónica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro

A tabela mencionada permite, também, analisar a relação entre os diversos problemas crónicos, existentes em 2015 e o diagnóstico de perturbação depressiva, no ano 2016. Como tal, apresenta-se o OR, relativamente a cada um dos problemas crónicos (com um IC de 95%). Constata-se que houve diferença estatística significativa em todos os problemas expostos, com exceção da “Obesidade” e “Diabetes não insulino-dependente”. O problema que obteve maior risco relativo estimado foi a “Síndrome vertiginosa”, com OR=4,09 ( $p<0,001$ ), ou seja, com uma probabilidade 4,09 vezes superior de anteceder uma perturbação depressiva, comparativamente aos utentes que não apresentaram este problema. Segue-se a “Cefaleia” (OR=3,53;  $p<0,001$ ), a “Catarata” (OR= 3.10;  $p<0,001$ ), a “Síndrome da coluna com irradiação de dor” (OR=2,88;  $p<0,001$ ), o “Bócio” (OR=2,69;  $p<0,001$ ) e a “Alteração funcional do estômago” (OR=2,58;  $p<0,001$ ).

**Tabela 4 – Taxa de incidência de perturbação depressiva em 2016 associada a diversas patologias crónicas presentes em 2015 e risco relativo estimado**

| <b>Código ICPC-2</b> | <b>Problemas Crónicos</b>                | <b>Nº de utentes</b> | <b>Utentes com P76 (2016)</b> | <b>Taxa de Incidência de P76</b> | <b>OR (IC 95%)</b>    | <b>P</b> |
|----------------------|--|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------|
| <b>D87</b>           | Alteração funcional do estômago          | 1.788                | 35                            | 2,0%                             | 2,58<br>(1,82 - 3,67) | <0,001   |
| <b>F92</b>           | Catarata                                 | 881                  | 21                            | 2,4%                             | 3.10<br>(1,98 - 4,83) | <0,001   |
| <b>H82</b>           | Síndrome vertiginosa                     | 742                  | 23                            | 3,1%                             | 4,09<br>(2,67 - 6,28) | <0,001   |
| <b>K86</b>           | Hipertensão sem complicações             | 8.776                | 93                            | 1,1%                             | 1,41<br>(1,11 - 1,78) | 0,005    |
| <b>K95</b>           | Veias varicosas da perna                 | 1.747                | 28                            | 1,6%                             | 2,07<br>(1,4 - 3,05)  | <0,001   |
| <b>L03</b>           | Sintoma / queixa da região lombar        | 1.751                | 24                            | 1,4%                             | 1,74<br>(1,15 - 2,64) | 0,012    |
| <b>L84</b>           | Síndrome da coluna sem irradiação de dor | 2.026                | 26                            | 1,3%                             | 1,63<br>(1,09 - 2,43) | 0,022    |
| <b>L86</b>           | Síndrome da coluna com irradiação de dor | 3.383                | 69                            | 2,0%                             | 2,88<br>(2,21 - 3,75) | <0,001   |
| <b>L87</b>           | Bursite / tendinite / sinovite           | 1.906                | 30                            | 1,6%                             | 2,03<br>(1,4 - 2,96)  | <0,001   |

**A depressão na doença crónica: um estudo nos cuidados de saúde primários da região Centro**

|            |                                  |       |     |      |                       |        |
|------------|----------------------------------|-------|-----|------|-----------------------|--------|
| <b>L90</b> | Osteoartrose do joelho           | 2.163 | 31  | 1,4% | 1,84<br>(1,27 - 2,67) | 0,002  |
| <b>L91</b> | Osteoartrose outra               | 1.791 | 30  | 1,7% | 2,17<br>(1,49 - 3,16) | <0,001 |
| <b>N01</b> | Cefaleia                         | 894   | 24  | 2,7% | 3,53<br>(2,32 - 5,36) | <0,001 |
| <b>T81</b> | Bócio                            | 1.059 | 22  | 2,1% | 2,69<br>(1,74 - 4,15) | <0,001 |
| <b>T82</b> | Obesidade                        | 2.661 | 21  | 0,8% | 0,97<br>(0,62 - 1,51) | 0,979  |
| <b>T90</b> | Diabetes não insulino-dependente | 3.179 | 26  | 0,8% | 1,01<br>(0,68 - 1,5)  | 0,972  |
| <b>T93</b> | Alteração dos lípidos            | 9.969 | 121 | 1,2% | 1,73<br>(1,39 - 2,15) | <0,001 |

**Tabela 4:** Lista de problemas crónicos ativos em 2015 mais frequentes nos doentes diagnosticados com perturbação depressiva (P76), no ano 2016. A tabela apresenta o código ICPC-2 referente a cada problema, o número total de utentes com os problemas em questão (2015), assim como o número de utentes com perturbação depressiva (2016) e respetivo problema crónico (2015), nas unidades de CSP em estudo. Expõe, ainda, a taxa de incidência (%) de perturbação depressiva associada aos problemas apresentados, no ano 2016, bem como o risco relativo estimado de cada um dos problemas crónicos anteceder um quadro de perturbação depressivo com um IC de 95% e o valor-p.

## **DISCUSSÃO**

O presente trabalho permitiu verificar que a taxa de incidência de perturbação depressiva, em 2016, nas unidades de CSP em estudo, no total, foi de 0,81%, sendo superior no sexo feminino. Estes resultados corroboram com o que é descrito a nível nacional e internacional, onde se constata que a taxa de incidência de depressão é mais elevada no sexo feminino.<sup>3,20,21</sup> De acordo com um estudo ecológico, concretizado com base em dados estimados pela Rede Médicos Sentinela, a partir do ano 2004 até 2013, verificou-se um aumento da taxa de incidência de depressão em ambos os sexos, sendo que o sexo feminino apresentou, em todos os anos, taxas de incidência mais elevadas.<sup>20</sup> Esse estudo revelou, ainda, uma taxa de incidência de depressão, em 2013, de 2.103,5 no sexo feminino e 731,4 no sexo masculino (por 100.000 habitantes). Os valores indicados são superiores aos que se apuraram no presente estudo, uma vez que, convertendo para 100.000 habitantes, no sexo feminino, a taxa de incidência foi de 1.023 (1,23%) e no sexo masculino foi de 400 (0,40%). Não obstante, segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental, referente ao ano 2017, a proporção de utentes inscritos em CSP com registo de perturbações depressivas, em Portugal Continental, em 2015 foi de 8,69% e em 2016 foi de 9,32%, o que corresponde a um aumento de 0,63%.<sup>22</sup> Relativamente à região Centro, a proporção aumentou de 10,29% para 11,14%, portanto teve um incremento de 0,85%,<sup>22</sup> o que se aproxima dos valores apresentados neste estudo. A nível mundial, uma revisão sistemática identificou uma incidência anual combinada de perturbação depressiva *major* de 3% (2,4-3,8%).<sup>23</sup>

No que concerne à faixa etária, no presente estudo, não foi diagnosticado nenhum caso de perturbação depressiva entre 0-14 anos, o que vai ao encontro do que é descrito na literatura nacional e internacional, onde se refere que o número de casos de perturbações depressivas antes dos 15 anos é muito reduzido.<sup>3,21</sup> Os dados nacionais mais recentes,

relativos à taxa de incidência de depressão, segundo a faixa etária, remontam a 2012 e revelaram uma taxa de incidência mais baixa entre os 15 e os 24 anos de idade, em ambos os sexos, assim como um aumento da taxa de incidência de primeiros episódios de depressão, nas mulheres, após os 45 anos e um aumento mais assinalado, nos homens, na faixa etária dos 55 aos 64 anos.<sup>21</sup> Os resultados obtidos no presente estudo são bastante semelhantes, observando-se uma taxa de incidência de perturbação depressiva mais baixa na faixa etária 15-29 anos e mais elevada entre 45-74 anos. A diferença reside no facto de se ter verificado, neste estudo, uma taxa de incidência superior em idades mais avançadas. Mundialmente, existem apenas dados referentes à prevalência da depressão, onde se constatou que atinge o pico na idade adulta mais avançada, entre 55-74 anos.<sup>2</sup>

Relativamente às patologias crónicas que mais frequentemente antecedem quadros de depressão, este trabalho veio confirmar algumas relações já descritas na literatura e contestar outras associações. O problema que apresentou maior risco relativo estimado de anteceder uma perturbação depressiva foi a “Síndrome vertiginosa”, com uma probabilidade 4,09 vezes superior, comparativamente aos utentes que não apresentaram este problema. Efetivamente, há vários estudos que revelaram essa relação.<sup>24-26</sup> Uma investigação recente demonstrou que 70% dos doentes com vertigens refratárias ao tratamento apresentaram uma perturbação depressiva.<sup>25</sup> Outra revelou o diagnóstico de depressão em 82,4% dos doentes com Doença de *Menière* bilateral, 48,9% com Doença de *Menière* unilateral, 38,6% de surdez repentina / vertigem e 31,3% de neurite vestibular.<sup>24</sup>

Outras patologias fortemente relacionadas com o desenvolvimento de perturbação depressiva, de acordo com o presente estudo, foram a “Cefaleia” (OR=3,53; p<0,001) e a “Catarata” (OR=3,10; p<0,001), confirmando o que se encontra na literatura. De facto, vários estudos associaram a cefaleia, sobretudo a enxaqueca, ao aparecimento de quadros depressivos.<sup>27-29</sup> Quanto à catarata, estudos revelaram que a depressão é um importante problema mental na prática oftalmológica,<sup>30-32</sup> que geralmente não é reconhecido nem

tratado.<sup>30</sup> Numa das investigações, foi descrita depressão moderada em 12% e grave em 13% dos doentes com diagnóstico oftalmológico, sendo demonstrado que os mais deprimidos eram os doentes que sofriam de determinadas doenças, onde se incluía a catarata.<sup>30</sup>

Os problemas inseridos no capítulo do Sistema Músculo-Esquelético da ICPC-2 também revelaram uma grande probabilidade de anteceder perturbações depressivas, sendo a “Síndrome da coluna com irradiação de dor” a que apresentou maior risco relativo estimado (OR=2,88; p<0,001), seguindo-se a “Osteoartrose outra” (OR=2,17; p<0,001), “Bursite / tendinite / sinovite” (OR=2,03; p<0,001), “Osteoartrose do joelho” (OR=1,84; p=0,002), “Sintoma / queixa da região lombar” (OR=1,74; p=0,012) e “Síndrome da coluna sem irradiação de dor” (OR=1,63; p=0,022). De facto, a limitação da atividade física pode condicionar isolamento social ou envolvimento social reduzido, podendo resultar em depressão.<sup>33</sup> Um estudo multidisciplinar, *The English Longitudinal Study of Ageing*, estudou a relação entre sintomas depressivos e a velocidade da marcha e concluiu que a associação é bidirecional. A velocidade da marcha mais lenta foi um preditor de sintomas depressivos e vice-versa.<sup>34</sup> Outro trabalho, neste âmbito, salientou uma prevalência elevada de depressão em doentes com distúrbios músculo-esqueléticos, como osteoartrose e artrite.<sup>35</sup> Na verdade, todos estes problemas inseridos no Sistema Músculo-Esquelético estão na origem de dor crónica. Um artigo de revisão recente, que tinha como objetivo estudar a relação entre dor crónica e o desenvolvimento de perturbações mentais, revelou que perante vários tipos de dor crónica, onde se insere a patologia músculo-esquelética, a prevalência de perturbação depressiva *major* chega a alcançar valores de 60%.<sup>36</sup>

O presente estudo também detetou uma relação estatística significativa entre o problema “Alteração funcional do estômago” e perturbação depressiva (OR=2,58; p<0,001), o que está em consonância com o que se tem publicado no seio da comunidade científica. Um estudo transversal investigou a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em doentes seguidos em ambulatório e em contexto hospitalar, em serviços de gastroenterologia.<sup>37</sup>

Verificou-se que os sintomas de depressão ocorreram em 31,11% dos indivíduos com doença crónica, seguidos no serviço de gastroenterologia, em meio hospitalar e em 28,01% dos doentes seguidos em ambulatório. Uma das patologias cujos doentes apresentaram maior taxa de deteção de depressão foi a dispepsia funcional, com uma percentagem de 34,36%. Outras patologias onde se observou uma elevada incidência de depressão foram os tumores do sistema digestivo, cirrose hepática, hepatite viral crónica e doença inflamatória intestinal.<sup>37</sup>

Alguns problemas pertencentes ao capítulo do Aparelho Circulatório da ICPC-2 apresentaram, também, um risco relativo estimado relevante de anteceder perturbações depressivas. Um desses problemas foi “Veias varicosas da perna” (OR=2,07;  $p<0,001$ ). Na realidade, os efeitos de veias varicosas sintomáticas na saúde mental e, mais especificamente, na depressão não estão bem definidos.<sup>38</sup> Contudo, há autores que relataram uma incidência de depressão em doentes com varizes sintomáticas de 29%<sup>38</sup> e vários estudos que demonstraram um aumento da ocorrência de depressão em doentes com úlceras venosas, com incidências que variam entre 40 a 60%.<sup>38-40</sup>

Ainda no que concerne aos problemas do Aparelho Circulatório, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre “Hipertensão sem complicações” (OR=1,41;  $p=0,005$ ) e o desenvolvimento de depressão. Neste âmbito, os resultados dos vários estudos são controversos. Se, por um lado, alguns confirmaram essa associação,<sup>41,42</sup> outros não detetaram qualquer ligação, como se verificou num estudo observacional prospectivo, realizado recentemente na Grécia.<sup>43</sup> Noutras investigações, a taxa de incidência de depressão em doentes com hipertensão arterial variou, aproximadamente, entre 28% e 40%.<sup>41,42</sup>

Abordando agora o capítulo Endócrino, Metabólico e Nutricional da ICPC-2, o presente estudo verificou a existência de uma relação significativa entre “Bócio” e perturbação depressiva (OR=2,69;  $p<0,001$ ). Este problema é muito pouco específico, na medida em que tanto situações de hipertiroidismo, como hipotiroidismo ou eutiroidismo podem estar na sua origem. Vários estudos revelaram uma associação entre hipotiroidismo ou hipertiroidismo e

depressão.<sup>44-46</sup> Um estudo de coorte, realizado na Holanda, investigou a relação entre a variação da função tireoideia dentro dos limites considerados normais, bem como a doença auto-imune da tiróide e o risco de depressão.<sup>44</sup> Concluiu que pessoas com níveis de Hormona Estimulante da Tiróide (TSH) no limite inferior apresentaram maior incidência de perturbação depressiva, mostrando que mesmo pequenas variações na função tireoideia, dentro dos limites considerados normais, podem ter efeitos importantes no comportamento afetivo.<sup>44</sup> O mesmo não se verificou relativamente às pessoas com valores de TSH no limite superior, nem na doença auto-imune da tiróide, não se encontrando um risco de incidência de depressão superior nestas situações.<sup>44</sup>

Nos últimos anos, tem-se demonstrado uma forte associação entre perturbações metabólicas, nomeadamente DM2 e obesidade e o desenvolvimento de depressão.<sup>7,47-49</sup> Num estudo transversal recente, foi avaliada a prevalência de depressão, em indivíduos com e sem síndrome metabólica e diabetes.<sup>48</sup> Concluiu-se que a depressão foi mais prevalente nos indivíduos com o diagnóstico de diabetes estabelecido, em comparação com os que apresentavam normal tolerância à glicose, mas não em situações de diabetes recém-diagnosticada.<sup>48</sup> Os resultados do presente estudo permitiram constatar uma relação entre “Alteração dos lípidos” e perturbação depressiva (OR=1,73;  $p<0,001$ ), porém, não se verificou uma relação estatística significativa entre os problemas “Obesidade” e “Diabetes não insulino-dependente” e o aparecimento de perturbação depressiva. Na verdade, alguns estudos anteriores obtiveram resultados semelhantes, revelando baixas taxas de prevalência de depressão em doentes com DM2.<sup>50-52</sup> Um estudo transversal, que envolveu a participação de 21 países, investigou a associação entre anomalia da glicemia em jejum, anomalia da tolerância à glicose, DM2 e depressão, ao nível clínico e genético (através da determinação de polimorfismos de nucleotídeo único) e não conseguiu estabelecer uma relação estatística significativa.<sup>51</sup>

A relação entre patologias como DPOC ou fibrose pulmonar idiopática e depressão, contrariamente ao que é descrito na literatura,<sup>10-14</sup> não se verificou no presente estudo. A DPOC é, de facto, uma doença comum, contudo um estudo recentemente realizado em Portugal detetou níveis muito elevados de subdiagnóstico (86,8%).<sup>53</sup> Quanto à fibrose pulmonar idiopática, estima-se que na Europa a prevalência seja de 27/100.000 habitantes,<sup>54</sup> ou seja, trata-se de uma patologia com prevalência relativamente baixa. Estes aspetos poderão ter contribuído para os resultados enunciados.

Como limitações do estudo, salienta-se o facto de ter sido realizado com base em dados referentes apenas a 6 unidades de saúde, quando, em 2016, a rede de CSP da região Centro incluía um total de 85 Centros de Saúde.<sup>55</sup> Realizar um estudo semelhante em mais unidades de CSP, de preferência nas diferentes regiões do país, iria fornecer mais conhecimento relativamente a este tema. De qualquer forma, as unidades foram escolhidas ao acaso, uma em cada ACeS, pelo que poderão representar de forma aproximada a região Centro. Além disso, as taxas de incidência e distribuição dos diagnósticos por sexo e faixa etária são comparáveis aos dados nacionais disponíveis, o que reforça a possível validade externa desta amostra.

Outra potencial fonte de enviesamento assenta no facto dos resultados estarem condicionados pela qualidade dos registos clínicos, referentes à codificação ICPC-2, nas diferentes unidades de CSP. Efetivamente, foi realizado recentemente um estudo com o objetivo de validar os diagnósticos de diabetes, hipertensão, obesidade/excesso de peso e perturbação depressiva, codificadas na lista de problemas dos utentes através da ICPC-2.<sup>56</sup> Concluiu-se que a diabetes foi o único diagnóstico a apresentar uma sensibilidade elevada (96,1%), sendo os piores resultados obtidos na obesidade/excesso de peso e perturbação depressiva, com valores de sensibilidade inferiores a 40%.<sup>56</sup> Uma forma de ultrapassar esta limitação seria realizar um estudo que não se baseasse somente em registos clínicos e sistemas de classificação, cujo diagnóstico de depressão fosse estabelecido com base em critérios previamente definidos e aplicados a todos os doentes incluídos no estudo. Na verdade,

poderia ser realizado um estudo prospetivo, em que fosse aplicado o rastreio de perturbação depressiva em doentes com diagnósticos mencionados neste estudo, ou outros que poderão estar relacionados com o desenvolvimento de futuros quadros depressivos. Permitiria uma compreensão mais aprofundada e aproximada da realidade.

Além disso, há a possibilidade da depressão estar a ser sub-diagnosticada. De facto, vários estudos verificaram uma elevada taxa de prevalência de depressão não diagnosticada em diversas patologias, nomeadamente patologia do sistema digestivo, veias varicosas, hipertensão arterial e diabetes.<sup>37,38,42,49</sup> Alguns autores referiram, também, falhas no diagnóstico de problemas de saúde mental, ao nível dos CSP.<sup>17,49,57</sup> Uma revisão sistemática sobre o diagnóstico de depressão ao nível dos CSP identificou valores de sensibilidade entre 47,3% e 50,1%, sugerindo que os clínicos de MGF diagnosticam apenas cerca de metade dos casos de depressão.<sup>58</sup> Existem inúmeros fatores que podem contribuir para um sub-diagnóstico da patologia psiquiátrica, sendo que um estudo realizado em Portugal concluiu que um dos principais motivos prende-se com o tempo de consulta disponível, considerado inadequado pelos clínicos de MGF.<sup>17</sup>

A depressão é realmente muito prevalente nos CSP,<sup>17,57</sup> especialmente em utentes com doenças crónicas não psiquiátricas, tendo um grande impacto nos índices de saúde dos doentes com patologias comórbidas.<sup>57</sup> Desta forma, o médico de família assume um papel fulcral no diagnóstico de quadros depressivos em doentes com outras patologias crónicas, tendo a possibilidade de avaliar e seguir estes doentes, numa perspetiva global e personalizada.

## **CONCLUSÃO**

A realização deste trabalho tinha como principal objetivo identificar as doenças crónicas mais frequentemente associadas a futuros quadros de depressão nos CSP, na região Centro, de forma a reconhecer os doentes “em risco”, incidindo principalmente nestes o rastreio e vigilância de sintomas e, assim, diagnosticar precocemente quadros de perturbação depressiva. Constatou-se uma relação estatística significativa entre diversos problemas crónicos, existentes em 2015 e o diagnóstico de perturbação depressiva, no ano 2016. Os que obtiveram maior risco relativo estimado foram a “Síndrome vertiginosa” (OR=4,09;  $p<0,001$ ), seguindo-se a “Cefaleia” (OR=3,53;  $p<0,001$ ), a “Catarata” (OR=3,10;  $p<0,001$ ), a “Síndrome da coluna com irradiação de dor” (OR=2,88;  $p<0,001$ ), o “Bócio” (OR=2,69;  $p<0,001$ ) e a “Alteração funcional do estômago” (OR=2,58;  $p<0,001$ ). Da lista de problemas apresentados, os únicos em que não se verificou essa associação foram a “Obesidade” e a “Diabetes não insulino-dependente”.

Este trabalho pode ser encarado como um ponto de partida para estudos futuros, contribuindo para uma melhor compreensão destas relações, assim como para a sensibilização dos clínicos de MGF relativamente a esta temática. Os CSP são um pilar fundamental na organização dos serviços de saúde mental e o médico de família, ao cuidar do utente inserido numa família e numa comunidade, encontra-se numa posição privilegiada para identificar e tratar estes doentes atempadamente e, assim, contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das populações.

## **AGRADECIMENTOS**

À Doutora Inês Rosendo, pela sua constante disponibilidade, dedicação e orientação, fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Nuno Madeira, por toda a ajuda, co-orientação e pelas excelentes sugestões.

À Dr.<sup>a</sup> Conceição Saraiva, pela sua colaboração na recolha de dados.

À Ariana, à Raquel e ao Rui, pela amizade e companheirismo, essenciais nesta caminhada.

Ao Mauro, por todo o carinho, amizade e incentivo constante.

Aos meus pais e aos meus irmãos, pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e por me ajudarem a chegar mais longe. Que a conclusão desta etapa, de alguma forma, me permita retribuir todo o carinho e dedicação que constantemente me oferecem.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Tavares GM. Atlas do Corpo e da Imaginação. Alfragide: Caminho; 2013.
2. Direção-Geral de Saúde. Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. 2017.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Heal Organ. 2017.
4. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007;370:851-58.
5. Matsuda T, Taniguchi H, Ando M, Kondoh Y, Kimura T, Kataoka K, et al. Depression Is Significantly Associated with the Health Status in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Intern Med. 2017;56(13):1637-44.
6. Ventura T. Depressão e comorbilidade: um caso clínico. Rev Port Clínica Geral. 2011;27:36-42.
7. Semenkovich K, Brown ME, Svrakic DM, Lustman PJ. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. Drugs. 2015;75:577-87.
8. Bruce DG, Davis WA, Hunter ML, Peters KE, Davis TME, Starkstein SE. Lifetime depression history and depression risk in type 2 diabetes: A case-control study. J Diabetes Complications. 2016;30(1):38-42.
9. Cols-Sagarra C, López-Simarro F, Alonso-Fernández M, Mancera-Romero J, Pérez-Unanua MP, Mediavilla-Bravo JJ, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes attended in primary care in Spain. Prim Care Diabetes. 2016;10(5):369-75.
10. Albrecht JS, Huang TY, Park Y, Langenberg P, Harris I, Netzer G, et al. New Episodes

- of Depression among Medicare Beneficiaries with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Depression Following COPD Diagnosis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(5):441-9.
11. Janssen DJ, Spruit MA, Leue C, Gijzen C, Hameleers H, Schols JM, et al. Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation. *Chron Respir Dis*. 2010;7(3):147-57.
  12. Ryerson CJ, Arean PA, Berkeley J, Carrieri-Kohlman VL, Pantilat SZ, Landefeld CS et al. Depression is a common and chronic comorbidity in patients with interstitial lung disease. *Respirology*. 2012;17(3):525-32.
  13. Holland AE, Fiore JF, Bell EC, Goh N, Westall G, Symons K, et al. Dyspnoea and comorbidity contribute to anxiety and depression in interstitial lung disease. *Respirology*. 2014;19(8):1215-21.
  14. Lee YJ, Choi SM, Lee YJ, Cho Y-J, Yoon H Il, Lee J-H, et al. Clinical impact of depression and anxiety in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184300.
  15. Islam SMS, Rawal LB, Niessen LW. Prevalence of depression and its associated factors in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study in Dhaka, Bangladesh. *Asian J Psychiatr*. 2015;17:36-41.
  16. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014.
  17. Silva A, Nogueira A, Campos R, Martins S. Saúde Mental: obstáculos e expectativas sentidos pelo médico de família. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29(5):298-306.
  18. Pinto D, Corte-Real S, Nunes JM. Actividades preventivas e indicadores – Quanto tempo sobra? *Rev Port Clínica Geral*. 2010;26:455-64.

19. WONCA. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Segunda ed. 2011.
20. Rodrigues AP, Sousa-Uva M, Fonseca R, Marques S, Pina N, Matias-Dias C. Evolução da taxa de incidência de depressão e do desemprego em Portugal entre 1995 – 2013: dados da Rede Médicos Sentinela. *Rev Saude Publica*. 2017;51(98):1-7.
21. Rodrigues AP, Sousa-Uva M, Nunes B, Marques S, Antunes L, Matias-Dias C. Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. *Inst Nac Saúde Doutor Ricardo Jorge*. 2014;8(5):28-9.
22. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional Para a Saúde Mental. 2017.
23. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43(3):471-81.
24. Sakagami M, Kitahara T, Okayasu T, Yamashita A, Hasukawa A, Ota I; et al. Negative prognostic factors for psychological conditions in patients with audiovestibular diseases. *Auris Nasus Larynx*. 2016;43(6):632-6.
25. Goto F, Sugaya N, Arai M, Masuda K. Psychiatric disorders in patients with intractable dizziness in the department of otolaryngology. *Acta Otolaryngol*. 2018:1-2.
26. Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, Strupp M, Jahn K, Dieterich M, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. 2015;86(3):302-8.
27. Muayqil T, Al-Jafen BN, Al-Saaran Z, Al-Shammari M, Alkthiry A, Muhammad WS, et al. Migraine and Headache Prevalence and Associated Comorbidities in a Large Saudi Sample. *Eur Neurol*. 2018;79:126-34.

28. Risal A, Manandhar K, Holen A, Steiner TJ, Linde M. Comorbidities of psychiatric and headache disorders in Nepal : implications from a nationwide population-based study. *J Headache Pain*. 2016;17(45):1-9.
29. Sousa LD. Cefaleias Crónicas Diárias. *Sinapse*. 2002;2(1):22-6.
30. Pop-Jordanova N, Ristova J, Loleska S. Depression in ophthalmological patients. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauk)*. 2014;35(2):53-8.
31. Wang H, Sun HP, Wang P, Xu Y, Pan CW. Cataract and Depressive Symptoms among Older Chinese Adults. *Optom Vis Sci*. 2016;93(12):1479-84.
32. van der Aa HP, Comijs HC, Penninx BW, van Rens GH, van Nispen RM. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015;56(2):849-54.
33. Blyth FM, Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017;31(2):160-8.
34. Demakakos P. The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA): Depressive symptoms and physical performance. *BMC Proc*. 2013;7(4):S8.
35. Rodic D, Meyer AH, Meinschmidt G. The association between depressive symptoms and physical diseases in Switzerland : a cross-sectional general population study. 2015;3:1-8.
36. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(7):955-70.
37. Zhang AZ, Wang QC, Huang KM, Huang JG, Zhou CH, et al. Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestive system diseases : A multicenter epidemiological study. *world J Gastroenterol*. 2016;22(42):9437-44.

38. Sritharan K, Lane TRA, Davies AH. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery The Burden of Depression in Patients with Symptomatic Varicose Veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2012;43(4):480-4.
39. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nurs Times.* 2008;104(41):34-7.
40. Nogueira GS, Rodrigues CZ, Miyazaki MC, Pereira de Godoy JM. Venous leg ulcers and emotional consequences. *Int J Low Extrem Wounds.* 2009;8(4):194-6.
41. Theodorou M, Kaitelidou D, Galanis P, Middleton N, Theodorou P, Stafylas P, et al. Original Research Quality of Life Measurement in Patients with Hypertension in Cyprus. *Hell J Cardiol.* 2011;52:407-15.
42. Mahmood S, Hassan SZ, Tabraze M, Khan MO, Javed I, Ahmed A, et al. Prevalence and Predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, Pakistan. *Cureus.* 2017;9(6):e1397.
43. Katsi V, Kallistratos MS, Kontoangelos K, Sakkas P, Souliotis K, Tsioufis C, et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Front Psychiatry.* 2017;8(270):1-7.
44. Medici M, Direk N, Visser WE, Korevaar TIM, Hofman A, Visser TJ, et al. Thyroid Function Within the Normal Range and the Risk of Depression: A Population-Based Cohort Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(4):1213-9.
45. Thomsen AF, Kvist TK, Andersen PK, Kessing LV. Increased risk of affective disorder following hospitalisation with hyperthyroidism – a register-based study. *Eur J Endocrinol.* 2005;152:535-43.
46. Rakhshan M, Ghanbari A, Rahimi A, Issac M. A Comparison between the Quality of Life and Mental Health of Patients with Hypothyroidism and Normal People Referred

- to Motahari Clinic of Shiraz University of Medical Sciences Original Article. IJCBNM. 2017;5(1):30-7.
47. Felisberto V, Saavedra T, Santos M, Nunes M. Depressão na Diabetes Mellitus Tipo 2 ou Diabetes Mellitus Tipo 2 na Depressão? – Uma Revisão. Rev Port Diabetes. 2017;12(3):112-7.
  48. Shinkov A, Borissova AM, Kovatcheva R, Vlahov J, Dakovska L, Atanassova I, et al. Increased prevalence of depression and anxiety among subjects with metabolic syndrome and known type 2 diabetes mellitus - a population-based study. Postgr Med. 2018;130(2):251-7.
  49. Alkhatami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaeed WY, Alkhatami MA, Aldhafeeri AH. Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. 2017;38(6):621-8.
  50. Paddison CA, Eborall HC, French DP, Kinmonth AL, Prevost AT, Griffin SJ, et al. Predictors of anxiety and depression among people attending diabetes screening: a prospective cohort study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomized control trial. Br J Heal Psychol. 2011;16(1):213-26.
  51. Samaan Z, Garasia S, Gerstein HC, Engert JC, Mohan V, Diaz R, et al. Lack of association between type 2 diabetes and major depression: epidemiologic and genetic evidence in a multiethnic population. Transl Psychiatry. 2015;5(8):618-23.
  52. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. J Affect Disord. 2012;142(Suppl.):S8–21.
  53. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016. 2016.
  54. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Pneumologia. 2015.

55. Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Relatório de Atividades 2016. Administração Regional de Saúde do Centro, IP; 2017.
56. Marques L. Qualidade da codificação diagnóstica para Diabetes, Hipertensão, Obesidade, Excesso de Peso e Perturbações Depressivas. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2017.
57. Craven MA, Bland R. Depression in Primary Care : Current and Future Challenges. *La Rev Can Psychiatr.* 2013;58(8):442-8.
58. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S, Infi R. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009;374(9690):609-19.

ANEXOS

ANEXO 1 – RESPOSTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| PARECER FINAL:<br>Parecer Favorável. | DESPACHO: <i>Humberto</i><br><i>30/10/2017</i><br><br><i>[Signature]</i> |
|--------------------------------------|--|

ASSUNTO: 92/2017 - "Depressão, Ansiedade e Comorbilidades Associadas"  
*[Signature]*

Estudo muito interessante sobre área que raramente é pensada.  
Larga aplicada para o pensamento em Cuidados de Saúde Primários.  
Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

Coimbra, 25 de outubro de 2017

*[Signature]*  
Carlos Fontes Ribeiro  
Presidente da Comissão de Ética

*[Signature]*  
Luiz Miguel Santiago  
Relator