

# Factores Sociais da Depressão

LUÍSA MARIA MENDES (\*)  
PAULA GUSMÃO (\*\*)

## EPIDEMIOLOGIA

Segundo Kaplan, a epidemiologia é o estudo das condições de saúde, relacionadas com factores existentes numa população e que possam influenciar o estado de saúde e afectar a sua distribuição nessa mesma população.

Tal estudo, visa eliminar qualquer elemento que contribua para a doença, e estimular todos aqueles que concorram para a saúde, bem como extrair generalizações que possam ser aplicadas a outras populações, contribuindo para a saúde em geral.

São muito antigas as origens desta ciência. Podemos a propósito lembrar o incidente da Bomba de água de Broad Street, em Londres em 1854, quando a partir do aparecimento de numerosos casos de cólera, numa determinada zona geográfica da cidade de Londres, John Snow constatou que seria a água que abastecia essa população a responsável pela epidemia.

Segundo Widlocher, a epidemiologia da depressão é uma ciência relativamente recente, que apareceu após a 2ª Guerra Mundial, e os seus avanços são atribuídos essencialmente a um certo número de factores:

- À colaboração dos organismos nacionais e internacionais especializados no domínio da saúde pública;
- E a meios informáticos de armazenamento de informação e tratamento matemático de dados.

(\*) Interna do Internato Complementar de Psiquiatria do Hospital Miguel Bombarda.

(\*\*) Interna do Internato Complementar de Psiquiatria do Hospital Miguel Bombarda.

## ABORDAGEM

Segundo Reed, os métodos de epidemiologia são aplicáveis às doenças psiquiátricas, contanto que os dados possam ser adequadamente quantificados.

Quando nos propomos estudar a depressão numa população determinada é necessário definir critérios:

- Critérios qualitativos, ou seja uma grelha de sintomas que não podem ser nem demasiado restritivos, nem muito extensos;
- Definir a população que se vai estudar. O ideal será um conjunto mais extenso quanto possível. Geralmente estabelece-se uma amostra considerada representativa.

A Intensidade de um fenómeno mórbido é geralmente medido em termos de frequência em relação a uma unidade de tempo.

Taxa de Morbilidade define o risco que um determinado indivíduo corre de contrair uma determinada doença durante a vida.

Temos ainda que ter em conta a Incidência — número de novos casos observados durante um determinado período de tempo; e a Prevalência — número total de casos durante um período determinado.

A Taxa de Incidência permite medir a Taxa de Morbilidade, tendo em conta para cada grupo etário o risco de aparecimento. A Prevalência mostra-nos a frequência de depressão, numa dada população, mas como se trata de uma doença que evolui por acessos, os resultados só poderão ser comparáveis num período de tempo determinado.

A Prevalência global é estimada em 10 a 20%, ou seja, haverá no mundo cem milhões de pessoas adultas, sofrendo num dado momento, de depressão clinicamente reconhecida. No entanto, estas estimativas são feitas a partir de inquéritos sobre grelhas diferentes, em que as taxas variam muito de país para país. As diferenças podem ser devidas quer a factores culturais, quer aos critérios adoptados. Os dados são geralmente recolhidos das estatísticas hospitalares nos centros especializados, não tendo em conta as depressões menores.

Especialistas da O. M. S. referem que a taxa pode aumentar pelas seguintes razões:

- Aumento da esperança de vida;
- Situações de *stress* agudo ou prolongado;
- Mutações bruscas das estruturas sociais tradicionais com situações de isolamento;
- Doenças invalidantes geradoras de depressão;
- Abuso de certos medicamentos.

O cálculo da frequência de depressão levanta uma questão importante: o modo de identificar os doentes deprimidos.

Geralmente os inquéritos incidem sobre aqueles que consultam os serviços especializados. No entanto, através de estudos chegou-se à conclusão que os clínicos gerais são os principais prescritores de antidepressivos. Foi observado por um generalista inglês, que a percentagem de doentes deprimidos que recorre ao psiquiatra é de 1,9% enquanto os generalistas observam 12,1%. Assim, conclui-se que os psiquiatras não conhecem mais do que uma estreita franja do espectro da depressão (os casos de maior gravidade).

## FACTORES DE RISCO

### *Sexo*

Há uma diferença marcada na distribuição por sexos. Em cada 3 deprimidos 2 são mulheres.

Estudos Epidemiológicos de 1981, constataram que o risco de ocorrência dum episódio depressivo major durante a vida dum indivíduo é de 8 a 12% no homem, e de 20 a 26% na mulher. Posteriormente, outros estudos comprovaram esta prevalência. No entanto, a

questão está em esclarecer o significado real destes números.

Os homens tendem a minimizar as queixas ou a apresentarem sintomas secundários como distúrbios de comportamento ou o recurso ao álcool, que não seriam identificados como de origem depressiva. O alcoolismo e as doenças afectivas podem ter as mesmas causas ou serem alternadamente o sintoma um do outro.

Nas mulheres há que ter em conta factores biológicos. Problemas do equilíbrio hormonal, como o parto e a menopausa podem ser geradores de depressão. Ainda, o seu estatuto social e a hipótese de maior vulnerabilidade a factores de *stress* são aspectos a considerar apesar de não dispormos de estudos comparativos nos homens.

### *Idade*

As crises depressivas são meios frequentes nos adultos jovens (entre os 18 e os 44 anos). Na psicose maniaco-depressiva o aparecimento será mais precoce (10-30 anos) do que nas depressões neuróticas (após os 30 anos). Em ambos os casos, a idade de aparecimento é menor nas mulheres. Parece igualmente não haver discordância em relação ao facto de que a depressão está a aumentar nas crianças e adolescentes e a diminuir a partir dos 65 anos.

### *Estado Civil*

A frequência de depressão é menor em homens casados, sendo o grupo de maior risco as mulheres separadas e divorciadas.

### *Classe Social*

A depressão observa-se mais frequentemente entre as classes sociais mais desfavorecidas, contrariando uma ideia inicial que considera a depressão uma doença de luxo. Há poucos estudos no sentido de se concluir se a depressão é mais marcada em meio urbano ou rural.

Em relação ao meio urbano, há que ter em conta a maior facilidade de prestação de cuidados, e no meio rural há que distinguir entre depressão e miséria social.

### *Cultura*

As estatísticas revelam diferenças importantes nas várias sociedades. Há que salientar que

apenas se está a medir a taxa de depressões reconhecidas e a utilizar como terreno de observação locais especializados.

Para explorar o conjunto duma população é necessário utilizar questionários preenchidos pelo próprio, que devem ter em conta para serem válidos, as características da cultura.

Durante muitos anos, afirmou-se que a depressão era rara nos africanos. No entanto, estatísticas americanas revelaram ao contrário, um maior risco nos negros que parece ser explicado pelo nível sócio económico.

Há diversas maneiras de interpretar o aumento de depressão. Em primeiro lugar devido a um maior número de casos de depressão ligado ao aumento de esperança de vida, ao levantamento das barreiras raciais e independência política; mas a grande mudança nos números foi devido ao método de observação da depressão. Para que a depressão seja reconhecida pelo observador, é necessário que o doente descreva o que sente de modo que o observador reconheça como depressão.

Os psiquiatras europeus que fizeram a primeira avaliação de frequência de depressão, mantiveram o modelo Europeu de Semiologia Depressiva e sem dúvida que a cooperação dos psiquiatras africanos mais próximos culturalmente do doente permitiu reconhecer as depressões.

Não se trata apenas da dificuldade na comunicação, mas de uma semiologia diferente. Reconhecer através de manifestações enganadoras foi confirmado pelo sucesso dos antidepressivos, nessas formas clínicas tão diferentes do quadro clássico.

O aumento de depressão em meio africano coincidiu com o aumento de depressão mascarada em meio ocidental. É necessário criar uma nova semiologia respeitante ao doente depressivo no meio africano. Constatou-se que as depressões puramente reaccionais são raras.

As ideias de auto-acusação e indignidade geralmente estão ausentes; são raras as tentativas de suicídio.

No entanto, as ideias hipocondríacas e persecutórias são evidentes. A tristeza e a lentificação existem, mas frequentemente camufladas pela logorreia e agitação. Essas formas clínicas aparecem sobretudo nos doentes

que vivem um modo de vida tradicional, sendo menos evidente nos africanos ocidentalizados.

Quadros semelhantes foram referidos nos japoneses, com realce para a ausência do sentimento de culpa.

É pois necessário comparar a sintomatologia depressiva, utilizando instrumentos de investigação comuns para assegurar maior homogeneidade dos dados recolhidos.

### *Acontecimentos de Vida*

Considera-se acontecimento de vida todo o episódio traumático que ocorre na vida do indivíduo. A importância dos acontecimentos de vida é a sua data de aparecimento, de forma a podermos a partir do critério tempo, determinar a sua causa-efeito como factor de risco de depressão.

Uma das dificuldades, consiste em datar o início das queixas da doença, e a outra em registar apenas acontecimentos que devido às circunstâncias em que surgiram, sejam comprovadamente independentes duma iniciativa do indivíduo.

Através, do método de Paykel, que consiste em comparar o número de deprimidos que sofreram acontecimentos traumáticos graves, com o número de deprimidos em relação aos quais os acontecimentos são de uma gravidade média, chegou-se à conclusão que há 6 vezes mais riscos de depressão nos indivíduos em que ocorreu acontecimentos de vida nos 6 meses anteriores. O risco aumenta substancialmente nos suicidas e diminui curiosamente nos esquizofrénicos.

A questão está pois em saber, qual a probabilidade de depressão a seguir a um dado acontecimento. Vários estudos focaram situações de perda (de pais e companheiros) sendo os resultados ainda pouco claros e concisos, havendo necessidade de se efectuarem mais pesquisas.

Brown realçou a importância de vulnerabilidade, chamando assim a atenção, para que através desta, se possa reforçar o papel da prevenção utilizando factores dessa mesma vulnerabilidade.

Torna-se claro, de qualquer forma, que todo o acontecimento traumático não constitui mais do que um factor de risco entre muitos.

## CONCLUSÃO

Relacionar um acontecimento de natureza social com estado depressivo é simples, mas torna-se difícil demonstrar essa relação de causalidade; não é suficientemente constante para ter valor experimental. Trata-se mais dum risco, dum princípio de vulnerabilidade, do que de uma causa suficiente; só pode ser avaliado em termos de probabilidade.

É necessário estudar a doença como

fenómeno de massa e utilizar uma correcta abordagem epidemiológica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kaplan, H. J., Freedman, A. M. & Sadock, B. J. (1984). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4ª ed. Baltimore/ Londres: Williams and Wilkins.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1978). *Manuel de Psychiatrie*. 5ª ed. Paris: Masson.
- Widlocher, D. (1983). *Les Logiques de la Dépression*. Paris: Fayard.