



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO EM GERIATRIA – DISSERTAÇÃO

MARIA INÊS QUEIROZ GONÇALVES

Síndrome depressivo em idade geriátrica - barreiras e gestão do diagnóstico em cuidados de saúde primários

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO DE CARVALHO E SILVA

DR. CARLOS SEIÇA CARDOSO

SETEMBRO/2022

Síndrome depressivo em idade geriátrica - barreiras e gestão do diagnóstico em cuidados de saúde primários

Maria Inês Queiroz Gonçalves^{1,2}, Carlos Seiça Cardoso^{2,3,4}, Inês Rosendo^{2,4,5}

- 1- USF Mondego, ACES Baixo Mondego
- 2- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- 3- USF Condeixa, ACES Baixo Mondego
- 4- CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 5- USF Coimbra Centro, ACES Baixo Mondego

Autor Correspondente:

Maria Inês Queiroz Gonçalves

Email: mariainesqueiroz@gmail.com

Conflitos de interesse: nada a declarar

Resumo

Introdução: A depressão constitui-se a doença mental mais prevalente, com critérios de diagnóstico bem definidos. Em idade geriátrica, a apresentação clínica pode ser atípica e dificultada pela estigmatização da doença mental, pelas vivências, crenças e comorbilidades. O objetivo primário deste estudo foi identificar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica em Medicina Geral e Familiar (MGF). E os objetivos secundários foram elencar atitudes, crenças/percepções dos médicos relativamente a esta patologia e perceber que variáveis influenciam o tipo de barreiras identificadas.

Métodos: Estudo transversal, para o qual foi elaborado um questionário, destinado a médicos especialistas e internos de MGF. Foram recolhidos dados sociodemográficos, grau de especialização em MGF, ARS em que exerce funções, tipologia de unidade, experiência profissional específica com população geriátrica, formação em Geriatria e em Saúde Mental. Utilizando escalas de Likert recolheram-se dados sobre: atitudes e percepções sobre a depressão em idade geriátrica, identificação de barreiras ao diagnóstico e tratamento adequados e identificação de necessidades às quais é preciso dar resposta. O formulário foi divulgado através de *mailling lists* e grupos online de que fazem parte médicos de MGF a nível nacional. Foi feita estatística descritiva, inferencial e análise qualitativa por análise de conteúdo dos resultados.

Resultados: Obteve-se um total de 426 respostas válidas. A maioria eram especialistas com experiência profissional superior a 10 anos, do sexo feminino e trabalhavam em Unidades de Saúde Familiar tipo B distribuídas por todo o país. Relativamente à formação prévia em Saúde Mental e Geriatria, 148 (34,7%) e 112 (26,3%) dos inquiridos afirmaram ter formação nestas áreas, respetivamente. O tempo reduzido de consulta e as comorbilidades no idoso revelaram-se as principais barreiras apontadas. Já as necessidades e orientações consideradas mais importantes foram mais tempo de consulta e consultas de psiquiatria no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O grau de especialização foi o maior determinante na identificação das barreiras e orientações necessárias na gestão desta patologia.

Discussão: Segundo o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo em CSP, em Portugal, a abordar esta temática, criando uma base para programas multidisciplinares que ajudem a ultrapassar as barreiras identificadas, apoiando e dando confiança ao doente idoso e família na capacitação da gestão da doença e redução de estigmas a ela associados. Identificaram-se algumas limitações, nomeadamente vieses de resposta e de seleção, uma vez que responderam ao questionário pessoas mais motivadas para o tema e com maior facilidade com meios informáticos.

Palavras-chave: Depressão; Geriatria; Medicina Geral e Familiar; Barreiras; Diagnóstico.

Abstract

Introduction: Depression is the most prevalent mental illness, with well-defined diagnostic criteria. In geriatric age, the clinical presentation may be atypical and hampered by the stigmatization of mental illness, experiences, beliefs and comorbidities. This study's primary objective is to identify barriers to the diagnosis and treatment of depression in geriatric age in General Practitioners (GPs). As secondary objectives: to list physicians' attitudes, beliefs/perceptions regarding this pathology and to understand which variables influence the type of barriers identified.

Methods: Cross-sectional observational study, for which a questionnaire was designed for specialist doctors and residents of Family Medicine (FM). In the questionnaire, sociodemographic data, degree of specialization in FM, regional health administration in which they work, unit's typology, specific professional experience with the geriatric population, training in geriatrics and mental health were collected. Using Likert scales, data were collected, such as: attitudes and perceptions about depression in geriatric age, identification of barriers to adequate diagnosis and treatment and identification of needs that may be addressed. The form was disseminated through GPs' mailing lists and online groups. Descriptive and inferential statistics and qualitative analysis by content analysis of the results were performed.

Results: A total of 426 valid responses were obtained. Most of the participants were specialists with more than 10 years of professional experience, female and working in Family Health Units type B distributed throughout the country. Regarding previous training in Mental Health and Geriatrics, 148 (34.7%) and 112 (26.3%) of the respondents said they had training in these areas, respectively. The reduced consultation time and comorbidities in the elderly with depression were the main barriers pointed out by clinicians. The most important needs were more consultation time and psychiatric consultations within the scope of Primary Health Care (PHC). The degree of specialization was the biggest determinant in the identification of barriers and necessary guidelines in the management of this pathology.

Discussion: To our knowledge, this is the first study in PHC, in Portugal, to address this issue, creating a basis for multidisciplinary programs that help to overcome the identified barriers, supporting and giving confidence to the elderly patient and family in the building capacity of the disease's management and the reduction of stigma associated with it. Some limitations were identified, namely response and selection biases, since people who were more motivated for the topic answered the questionnaire and were more likely to use computers.

Key words: Depression; Geriatric; Family Medicine; Barriers; Diagnosis.

Introdução

Os problemas de saúde mental assumem um papel de grande destaque na nossa sociedade e prevê-se a sua acentuação nas gerações futuras. A depressão é uma patologia pertencente ao grupo das perturbações do humor, potencialmente crónica, de apresentação plural e gravidade variável.¹ Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas, constituindo-se a doença mental mais prevalente.² Por outro lado, a depressão é um importante fator de risco para o suicídio em idosos, sendo Portugal um dos países europeus com maior taxa de suicídio nestas idades.³

Os critérios de diagnóstico bem definidos permitem um diagnóstico fácil desta patologia, contudo a sua apresentação clínica pode ser atípica, nomeadamente na população geriátrica.¹ Nesta faixa etária o diagnóstico pode ser mascarado pela menor verbalização das emoções e dos sintomas de culpa, minimização dos sintomas do humor deprimido, maior preocupação com sintomas somáticos, declínio cognitivo e perda de autonomia e capacidade funcional.³ Adicionalmente, as vivências (como o processo de luto), crenças e comorbilidades, torna os doentes idosos relutantes à procura de auxílio junto do seu Médico de Família (MF). Assim, a depressão não se constitui habitualmente como alvo diagnóstico primário, pelo facto dos problemas psicológicos dos idosos não serem o principal motivo que leva o doente ou a família a procurar ajuda. Para além disso importa referir que os idosos evitam procurar ajuda especializada psiquiátrica pela estigmatização da doença mental⁴, procurando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) para este fim.⁵

Entender as barreiras ao diagnóstico e gestão da depressão em idade geriátrica torna-se assim fundamental em CSP por constituírem um dos mais importantes *settings* no diagnóstico e intervenção precoce, contribuindo para melhorar a saúde mental da população, com importante impacto nos problemas de causa sociofamiliar. Vários estudos procuram identificar estas lacunas, reconhecidas por parte dos MF e Psiquiatras, de maneira a minimizar os efeitos deletérios das barreiras citadas.⁵⁻¹⁵ Além das barreiras relacionadas com as pessoas idosas, foram também reconhecidas outras dificuldades associadas ao contexto de prática clínica, como o tempo limitado de consulta.^{5, 14}

Apesar de existirem estudos realizados noutros países, não existe até à data, e que seja do nosso conhecimento, um estudo a nível nacional que procure compreender as barreiras que os MF em Portugal enfrentam no diagnóstico desta patologia.

Assim, o objetivo primário do trabalho é identificar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão nos idosos, que os médicos portugueses, especialistas e de

formação específica de Medicina Geral e Familiar (MGF), consideram relevantes. Definiram-se ainda como objetivos secundários: elencar atitudes, crenças e percepções dos médicos relativamente a esta patologia; perceber que variáveis influenciam o tipo de barreiras identificadas, as atitudes e percepções dos profissionais e listar as sugestões, feitas pelos profissionais, que podem ajudar a ultrapassar as barreiras identificadas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quali-quantitativo, para o qual foi elaborado um questionário em português, numa plataforma digital (Google Forms®), com base na revisão da literatura (Anexo I) e foi submetido a uma primeira avaliação por 6 colegas, internos e especialistas, com vista a avaliar a compreensão e operacionalização do mesmo. O formulário teve como destinatários médicos especialistas e internos de formação específica de MGF, que exerçam funções em Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) das várias Administrações Regionais de Saúde (ARS) e/ou Secretarias Regionais de Saúde (SRS) dos Açores e Madeira.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento do questionário online, que foi divulgado através de *mailling lists* e grupos online de que fazem parte internos e especialistas de MGF. O formulário esteve disponível de 24/06/2022 a 08/08/2022. O mínimo de respostas necessárias a recolher foi de 377, o calculado como necessário para obter uma amostra representativa de MF em Portugal (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>).

No questionário foram recolhidas as seguintes variáveis: idade, sexo, ano de internato (se interno de formação específica), anos de prática clínica (se especialista), ARS ou SRS em que exerce funções, tipologia de unidade em que exerce funções, experiência profissional específica com população geriátrica (trabalho em UCC, lares...), formação em Geriatria (curso com mais de 30 horas, pós-graduação, mestrado ou doutoramento) e formação em Saúde Mental (curso com mais de 30 horas, pós-graduação, mestrado ou doutoramento). Recorrendo a escalas quantitativas (escalas de Likert) recolheram-se também os seguintes dados: atitudes e percepções dos inquiridos sobre a depressão em idade geriátrica, identificação de barreiras ao diagnóstico e tratamento adequados desta patologia e identificação de necessidades às quais é necessário dar resposta/orientação. Tal como no estudo de Glasser *et al*¹, as atitudes e percepções foram identificadas com uma série de questões adaptadas do estudo de Callahan *et al*¹³, que incorporou perguntas de instrumentos previamente validados. De referir que, nesta secção, existem afirmações que referem

atitudes e percepções positivas relativas ao diagnóstico e gestão da depressão em idade geriátrica e outras que referem atitudes e percepções menos positivas, nomeadamente afirmações como: “Não me foco no diagnóstico de depressão em idade geriátrica, sem antes ter excluído doença orgânica.”, “O tempo de consulta não me permite investigar depressão no idoso de forma rotineira.”, “Os utentes idosos têm tantas comorbilidades que nem sempre tenho tempo para considerar o diagnóstico de depressão”, “Tendo em conta as doenças crónicas que os idosos têm, a depressão é compreensível.”; “Sinto que me estou a intrometer quando sondeo as preocupações e emoções dos meus doentes.”; “A psicoterapia é menos eficaz no idoso com depressão do que no adulto jovem.”; “Prefiro referenciar o idoso a uma consulta de Psiquiatria em vez de ser eu a diagnosticar e tratar o doente.”; “Geralmente, não há nada que possa ser feito pelo idoso com depressão.”, “A depressão é uma consequência normal do envelhecimento.”; “A minha prioridade é tratar os problemas orgânicos primeiro e só depois os psicológicos.”; “Os idosos com depressão, provavelmente já tinham como antecedentes episódios de depressão em adulto jovem.” e “É preferível não usar o termo “depressão”, para evitar rotular ou estigmatizar o paciente.”

A identificação das barreiras, assim como das necessidades/ orientações ao diagnóstico e tratamento desta patologia foi feita com uma série de questões adaptadas do estudo de Glasser *et al.*¹ Tal como no estudo anteriormente citado, para a identificação de outras barreiras e necessidades expressadas, colocaram-se duas perguntas abertas: “Enumere outras barreiras que já tenha experienciado e que considere importantes” e “Enumere outras necessidades que já tenha experienciado e que considere importantes”.

Foi realizada uma avaliação descritiva e inferencial dos dados recolhidos, com recurso ao programa Statistical Package for the Social Science® versão 22. Foi considerado estatisticamente significativo em valor $p < 0,05$. A comparação das médias e frequências relativas de variáveis com distribuição central foi realizada através do teste t independente e do teste chi-quadrado, respetivamente. Para análise inferencial relativa às atitudes e percepções dos inquiridos sobre a depressão em idade geriátrica subcategorizaram-se as respostas em dois grupos: concordo (inclui as respostas 4-“concordo” e 5-“concordo totalmente”) e discordo (inclui as respostas 3-“neutro”, 2-“discordo” e 1-“discordo totalmente”). Na análise inferencial relativa identificação de barreiras e de necessidades/ orientações às quais é necessário dar resposta/orientação, subcategorizaram-se as respostas em dois grupos: importante (inclui as respostas 4-“importante” e 5-“muito importante”) e sem importância (inclui as respostas 3-“neutro”, 2-“pouco importante” e 1-“sem importância”).

Foi também realizada uma análise qualitativa das respostas abertas, por análise do conteúdo, das respostas à questão aberta “Enumere outras barreiras que já tenha experienciado e que considere importantes” foram agrupadas em seis categorias criadas pelos investigadores: acesso a cuidados de saúde; sociais; pessoais; familiares; financeiras e médicas. As respostas à questão de resposta aberta “Enumere outras necessidades que já tenha experienciado e que considere importantes” foram agrupadas em duas categorias criadas pelos investigadores: acesso a cuidados de saúde e sociais.

Resultados

Obteve-se um total de 426 respostas válidas (306 de médicos especialistas e 120 de médicos internos). A média de idades foi de 38,62 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (75,8%) e trabalhando a maioria em USF modelo-B (51,2%). Os participantes encontravam-se distribuídos por todas as ARS. Os internos encontravam-se distribuídos pelos 4 anos de internato e 123 (40,2%) dos especialistas já o eram há mais de 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável		
Idade (anos ± DP)		38,62±10,99
n (%)		
Género	Feminino	323 (75,8%)
	Masculino	103 (24,2%)
Especialização	Interno	120 (28,2%)
	Ano de internato	
	1º ano	33 (27,5%)
	2º ano	40 (33,3%)
	3º ano	24 (20%)
	4º ano	23 (19,2%)
Especialista		306 (71,8%)
Anos de especialidade		
	0 e <5 anos	110 (35,9%)
	5-10 anos	73 (23,9%)
	>10 anos	123 (40,2%)
ARS	Centro	141 (29,8%)
	Lisboa e Vale do Tejo	135 (31,6%)
	Norte	127 (29,8%)
	Algarve	12 (2,8%)
	Alentejo	6 (1,4%)
	Açores	2 (0,5%)
	Madeira	3 (0,7%)
Tipologia de Unidade	UCSP	80 (18,8%)
	USF modelo-A	128 (30,0%)
	USF modelo-B	218 (51,2%)

Relativamente à formação prévia em Saúde Mental e Geriatria, 148 (34,7%) e 112 (26,3%) dos inquiridos afirmaram ter formação nestas áreas, respetivamente. Apesar da maioria (308; 72,3%) afirmar que não tinha nenhuma experiência profissional além da habitual prática clínica em Centro de Saúde, os restantes afirmam ter experiência profissional em Lares, Unidades de Cuidados Continuados ou outra experiência como: integração de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (n=2; 0,47%), integração de Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos (n=1; 0,23%) ou experiência profissional em Unidade de Cuidados Paliativos (n=1; 0,23%) (Tabela 2).

Tabela 2: Formação e experiência profissional dos participantes

Variável	Frequência absoluta (relativa)
Formação prévia em Saúde Mental	
Nenhuma	278 (65,3%)
Curso com >30 horas	127 (29,8%)
Pós-graduação	12 (2,8%)
Mestrado	7 (1,6%)
Doutoramento	2 (0,5%)
Formação prévia em Geriatria	
Nenhuma	314 (73,7%)
Curso com >30 horas	70 (16,4%)
Pós-graduação	38 (8,9%)
Mestrado	4 (0,9%)
Experiência profissional específica com população geriátrica	
Nenhuma além da prática clínica habitual no Centro de Saúde	308 (72,3%)
Lar	87 (20,4%)
UCC	27 (6,3%)
Outra	4 (0,9%)

Na Tabela 3 estão elencadas as atitudes e perceções sobre a depressão em idade geriátrica com as quais os inquiridos concordaram ou concordaram totalmente, segundo a escala de Likert usada. Conforme explicitado na secção da metodologia, existem afirmações cuja concordância aponta para um sentido positivo das atitudes e perceções (afirmações 1,2,3,5,6,7,11,12,14,16,18 e 24) e outras em que é a menor concordância que aponta esse sentido positivo, Uma minoria dos participantes concordou com 10 das 26 afirmações todas referindo-se a afirmações em que menor concordância revela um sentido mais positivo das atitudes e perceções. Das que obtiveram menor frequência de concordância destacam-se: “Prefiro referenciar o idoso a uma consulta de Psiquiatria em vez de ser eu a diagnosticar e tratar o doente” (4,5%); “Geralmente, não há nada que possa ser feito pelo idoso com depressão”

(0,7%); “A depressão é uma consequência natural do envelhecimento” (1,6%) e “A minha prioridade é tratar os problemas orgânicos primeiro e só depois os psicológicos” (1,9%).

Houve elevados níveis de concordância com 3 das afirmações (“Não me foco no diagnóstico de depressão em idade geriátrica, sem antes ter excluído doença orgânica” (61%), “O tempo de consulta não me permite investigar depressão no idoso de forma rotineira” (68,5%) e “Os utentes idosos têm tantas comorbilidades que nem sempre tenho tempo para considerar o diagnóstico de depressão.”(56,6%)) que indicam atitudes e percepções menos positivas. Os dados expostos na Tabela 3, permitem também perceber que o grau de especialização (ser especialista) foi o principal fator a influenciar a concordância com as afirmações que revelam atitudes e percepções positivas sobre a depressão em idade geriátrica. Nas afirmações 9 (“Os utentes idosos têm tantas comorbilidades que nem sempre tenho tempo para considerar o diagnóstico de depressão”), 13 (“Sinto que me estou a intrometer quando sondo as preocupações e emoções dos meus doentes”) e 26 (“Considero que, daqui a 5 anos, “cuidar” de idosos com depressão será mais importante para a minha prática clínica do que é agora”) um menor grau de especialização (ser interno) associou-se a maior taxa de concordância, indicando atitudes e percepções menos positivas ($p=0,04$, $p=0,035$ e $p=0,044$, respectivamente). Da mesma forma, ter formação em Saúde Mental foi um importante fator a influenciar a concordância com as seguintes atitudes positivas: “Tenho confiança nos meus conhecimentos para prescrever antidepressivos em idade geriátrica” ($p=0,001$) e “Quando a demência e a depressão coexistem no doente idoso, a depressão deve ser tratada” ($p=0,031$). Na afirmação “Considero que, daqui a 5 anos, “cuidar” de idosos com depressão será mais importante para a minha prática clínica do que é agora”, não ter formação prévia em Saúde Mental foi um fator importante na concordância com a afirmação ($p=0,037$). De igual modo, ter formação em Geriatria foi um importante fator a influenciar a concordância com as seguintes atitudes positivas: “Tratar utentes com depressão é um aspecto da medicina que acho gratificante” ($p<0,001$), “Tenho confiança nos meus conhecimentos para prescrever antidepressivos em idade geriátrica” ($p<0,001$) e “Considero que a Psicoterapia tem um papel preponderante no tratamento da depressão em idade geriátrica” ($p=0,047$). Para as afirmações “Sinto-me confortável em lidar com os familiares dos idosos com depressão” e “A depressão é uma consequência normal do envelhecimento”, ter experiência profissional para além da prática clínica habitual em Centro de Saúde mostrou ser um fator importante na concordância com as afirmações ($p=0,046$ e $p<0,001$, respetivamente).

Tabela 3: Atitudes e percepções sobre depressão em idade geriátrica (as frequências absoluta e *relativa* correspondem aos participantes com as respostas “concordo” e “concordo totalmente”). Adaptado de Glasser *et al.*^{14, 15}

Afirmção	n (%)	Grau de especialização			Formação prévia em Saúde Mental			Formação prévia em Geriatria		
		Especialista	Interno	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *
1.Ajudar doentes deprimidos é importante para mim.	415 (97,4)	97,4%	97,5%	0,947	98,0%	97,1%	0,598	99,1%	96,8%	0,189
2.Sinto-me confiante e capaz de diagnosticar depressão em idade geriátrica com facilidade.	282 (66,2)	75,8%	41,7%	<0,001	67,6%	65,5%	0,663	79,5%	61,5%	<0,001
3.Tratar utentes com depressão é um aspeto da medicina que acho gratificante.	338 (79,3)	77,1%	85,0%	0,071	78,4%	79,9%	0,720	79,5%	79,3%	0,970
4.Não me foco no diagnóstico de depressão em idade geriátrica, sem antes ter excluído doença orgânica.	260 (61)	61,4%	60,0%	0,784	56,1%	42,1%	0,126	60,7%	61,1%	0,936
5.Os membros da família são incluídos nas minhas decisões e planos em relação ao tratamento e gestão da depressão doente idoso.	319 (74,9)	77,8%	67,5%	0,028	76,4%	74,1%	0,610	79,5%	73,2%	0,193
6.Sinto-me confortável em lidar com os familiares dos idosos com depressão.	260 (61)	67,0%	45,8%	<0,001	60,8%	61,2%	0,945	61,6%	60,8%	0,885
7.Considero que a informação dada por familiares dos idosos com depressão pode ser fundamental para o seu diagnóstico e orientação.	409 (96)	96,1%	95,8%	0,907	95,3%	96,4%	0,570	98,2%	95,2%	0,165
8.O tempo de consulta não me permite investigar depressão no idoso de forma rotineira.	292 (68,5)	66,0%	75,0%	0,72	67,6%	69,1%	0,751	70,5%	67,8%	0,597
9.Os utentes idosos têm tantas comorbilidades que nem sempre tenho tempo para considerar o diagnóstico de depressão.	241 (56,6)	52,3%	67,5%	0,04	52,7%	58,6%	0,240	56,3%	56,7%	0,936
10.Tendo em conta as doenças crónicas que os idosos têm, a depressão é compreensível.	111 (26,1)	26,1%	25,8%	0,948	29,1%	24,5%	0,304	29,5%	24,8%	0,339
11.Tenho confiança nos meus conhecimentos para prescrever antidepressivos em idade geriátrica.	291 (68,3)	76,5%	47,5%	<0,001	78,4%	62,9%	0,001	82,1%	63,4%	<0,001
12.Quando a demência e a depressão coexistem no doente idoso, a depressão deve ser tratada.	396 (93)	95,8%	85,8%	<0,001	96,6%	91,0%	0,031	95,5%	92,0%	0,214
13.Sinto que me estou a intrometer quando sondo as preocupações e emoções dos meus doentes.	18 (4,2)	2,9%	7,5%	0,035	3,4%	4,7%	0,526	4,5%	4,1%	0,884
14.Considero que a psicoterapia tem um papel preponderante no tratamento da depressão em idade geriátrica.	333 (78,2)	76,1%	83,3%	0,106	78,4%	78,1%	0,939	84,8%	75,8%	0,047
15.A psicoterapia é menos eficaz no idoso com depressão do que no adulto jovem.	83 (19,5)	19,9%	18,3%	0,707	16,2%	21,2%	0,214	17,0%	20,4%	0,433
16.Considero que seja da minha responsabilidade o diagnóstico e tratamento da depressão no doente idoso.	372 (87,3)	85,9%	90,8%	0,173	91,2%	85,3%	0,078	89,3%	86,6%	0,467
17.Prefiro referenciar o idoso a uma consulta de Psiquiatria em vez de ser eu a diagnosticar e tratar o doente.	19 (4,5)	4,2%	5,0%	0,735	4,1%	4,7%	0,767	3,6%	4,8%	0,596
18.Os idosos esperam que o Médico de Família possa diagnosticar e tratar a depressão.	331 (77,7)	80,1%	71,7%	0,061	78,4%	77,3%	0,806	74,1%	79,0%	0,287
19.Geralmente, não há nada que possa ser feito pelo idoso com depressão.	3 (0,7)	1,0%	0,0%	0,276	0,7%	0,7%	0,959	0,9%	0,6%	0,781
20.A depressão é uma consequência normal do envelhecimento.	7 (1,6)	2,0%	0,8%	0,410	1,4%	1,8%	0,730	0,9%	1,9%	0,467
21.A minha prioridade é tratar os problemas orgânicos primeiro e só depois os psicológicos.	8 (1,9)	2,3%	0,8%	0,320	2,0%	1,8%	0,869	0,9%	2,2%	0,371
22.Os idosos com depressão, provavelmente já tinham como antecedentes episódios de depressão em adulto jovem.	86 (20,2)	20,3%	20,0%	0,952	19,6%	20,5%	0,824	15,2%	22,0%	0,124
23.Diagnosticar depressão, automaticamente pressiona com a responsabilidade de a tratar.	244 (57,3)	57,5%	56,7%	0,873	56,1%	57,9%	0,716	60,7%	56,1%	0,392
24.A gestão dos idosos com depressão é diferente da gestão de adultos jovens com depressão.	316 (74,2)	74,5%	73,3%	0,803	70,9%	75,9%	0,266	77,7%	72,9%	0,324
25.É preferível não usar o termo “depressão”, para evitar rotular ou estigmatizar o paciente.	34 (8,0)	8,2%	7,5%	0,818	4,7%	9,7%	0,071	7,1%	8,3%	0,703
26.Considero que, daqui a 5 anos, “cuidar” de idosos com depressão será mais importante para a minha prática clínica do que é agora.	146 (34,3)	31,4%	41,7%	0,044	27,7%	37,8%	0,037	38,4%	32,8%	0,285

*Valor de *p* obtido através do teste chi-quadrado.

Na Tabela 4 estão elencadas as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão nos idosos, que os participantes consideraram importantes ou muito importantes, segundo a escala de Likert usada. Verificou-se que 7 das 10 barreiras foram consideradas “importantes” ou “muito importantes” pelas maioria dos participantes (todas com frequências superiores a 55%). As 3 barreiras a que foi atribuída menor importância pela totalidade dos participantes foram: “Desconhecimento das opções terapêuticas na depressão” (34,4%); “Desconhecimento dos critérios de diagnóstico de depressão” (32,6%) e “Pouca confiança no tratamento com aconselhamento” (50%).

Os dados expostos na Tabela 4, permitem também perceber que um maior grau de especialização se associou a uma menor importância dada às barreiras identificadas. Concretamente, verificámos que as barreiras: “Os tratamentos do foro psiquiátrico são estigmatizantes”(p<0,001); “Os utentes rejeitam a psicoterapia”(p=0,019); “Relutância em discutir problemas psicológicos/emocionais” (p<0,001) e “Desconhecimento das opções terapêuticas na depressão.”(p=0,025) tiveram maiores níveis de importância atribuídos pelos inquiridos com menor grau de especialização.

A importância dada às barreiras foi independente do grau de formação em Saúde Mental ou Geriatria.

Os inquiridos que têm experiência profissional, para além da prática clínica habitual em Centro de Saúde, atribuíram maior importância à barreira “Desconhecimento dos critérios de diagnóstico”, (p=0,015).

Das barreiras referidas na Tabela 4 as cinco consideradas mais importantes foram: “Tempo reduzido de consulta” (46,2%); “Comorbilidades no idoso com depressão” (11,7%); “Interações medicamentosas” (11,3%); “Preocupação com efeitos secundários da medicação” (8,9%) e “ Os tratamentos do foro psiquiátrico são estigmatizantes” (8,2%).

Tabela 4: Barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica (as frequências absoluta e relativa correspondem aos participantes com as respostas “importante” e “muito importante”). *Adaptado de Glasser et al.*¹

Afirmação	n (%)	Grau de especialização			Formação prévia em Saúde Mental			Formação prévia em Geriatria			Experiência profissional específica com população geriátrica		
		Especialista	Interno	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *
Os tratamentos do foro psiquiátrico são estigmatizantes.	253 (59,4)	54,2%	72,5%	<0,001	63,5%	57,2%	0,206	60,7%	58,9%	0,740	65,6%	57,8%	0,278
Os utentes rejeitam a psicoterapia.	235 (55,2)	51,6%	64,2%	0,019	53,4%	56,1%	0,589	57,1%	54,5%	0,624	55,1%	55,2%	0,984
Comorbilidades no idoso com depressão.	393 (92,3)	92,2%	92,5%	0,905	94,6%	91,0%	0,187	93,8%	91,7%	0,490	94,1%	91,6%	0,386
Relutância em discutir problemas psicológicos/emocionais.	312 (73,2)	68,6%	85,0%	<0,001	69,6%	75,2%	0,215	70,5%	74,2%	0,452	75,4%	72,4%	0,528
Pouca confiança no tratamento com aconselhamento.	213 (50)	47,1%	57,5%	0,053	47,3%	51,4%	0,416	44,6%	51,9%	0,187	44,1%	52,3%	0,130
Tempo de consultas reduzido.	394 (92,5)	92,5%	92,5%	0,995	93,2%	92,1%	0,666	92,9%	92,4%	0,863	93,2%	92,2%	0,723
Preocupação com efeitos secundários da medicação.	370 (86,9)	86,9%	86,7%	0,943	86,5%	87,1%	0,870	89,3%	86,0%	0,375	85,6%	87,3%	0,633
Interações medicamentosas.	382 (89,7)	89,9%	89,2%	0,830	91,2%	88,8%	0,445	91,1%	89,2%	0,571	88,1%	90,3%	0,519
Desconhecimento dos critérios de diagnóstico de depressão.	139 (32,6)	30,4%	38,3%	0,116	33,1%	32,4%	0,878	39,3%	30,3%	0,080	41,5%	29,2%	0,015
Desconhecimento das opções terapêuticas na depressão.	146 (34,4)	31,0%	42,5%	0,025	33,8%	34,5%	0,877	38,4%	32,8%	0,285	38,9%	32,5%	0,205

*Valor de *p* obtido através do teste chi-quadrado.

Na questão de resposta aberta “Enumere outras barreiras que já tenha experienciado e que considere importantes” obtivemos 74 respostas (Anexo II). A categoria de barreiras referente ao “Acesso a Cuidados de Saúde” foi a mais prevalente com um total de 24 respostas, sendo a dificuldade de acesso a psicoterapia, consultas de psicologia nos CSP apontadas como importantes barreiras no acompanhamento destes doentes. Nas “Barreiras Familiares” (n=20) foi referido um suporte familiar parco, a desvalorização dos sintomas, a não aceitação e estigmatização da doença mental por parte dos mesmos. Nas “Barreiras Sociais” (n=11), a falha na rede de suporte comunitária, o isolamento social e geográfico dos idosos e o estrato socio-económico foram apontadas como importantes barreiras. Nas “Barreiras Pessoais” (n=11) referiram-se: a não aceitação do diagnóstico, a gestão terapêutica e o analfabetismo/pouca escolaridade desta população. As “Barreiras Financeiras” (n=4) e “Barreiras Médicas” (n=4), como a sobreposição da depressão com patologia demencial e a polipragmasia foram outras das barreiras apontadas como relevantes.

Na Tabela 5 estão elencadas as necessidades e orientações necessárias para ultrapassar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica, que os participantes consideraram importantes ou muito importantes, segundo a escala de Likert usada. A maioria considerou como importante ou muito importante as necessidades e orientações adaptadas de Glasser *et al.*¹⁵

Os dados apresentados na Tabela 5 permitem também perceber que o grau de especialização do inquirido foi mais uma vez, o principal fator contribuinte para a importância dada às necessidades e orientações identificadas. Genericamente, um menor grau de especialidade associou-se a maior importância dada às necessidades e orientações (com exceção da afirmação “Mais formação pós-graduada”), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para as afirmações “Reforçar esta área durante o internato”, ($p=0,033$) e “Mais informação disponibilizada via online”, ($p=0,001$).

A importância dada às orientações e necessidades identificadas foi independente do grau de formação em Saúde Mental ou Geriatria, assim como da experiência profissional específica com população geriátrica.

Das necessidades e orientações infracitadas na Tabela 5, na questão “Qual das opções supracitadas considera mais importante? (escolha um nº)”, as quatro consideradas mais importantes foram: “Mais tempo de consulta” (38,7%); “Consultas de psiquiatria no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários” (18,8%); “Formação na área de depressão em idade geriátrica” (16,7%) e “Reforçar esta área durante o internato” (11,7%).

Tabela 5: Necessidades e orientações para ultrapassar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica (as frequências absoluta e relativa correspondem aos participantes com as respostas “importante” e “muito importante”). *Adaptado de Glasser et al.*¹

Afirmção	n (%)	Grau de especialização			Formação prévia em Saúde Mental			Formação prévia em Geriatria		
		Especialista	Interno	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *	Sim	Não	<i>p</i> *
Mais tempo de consulta.	419 (98,4)	98,0%	99,2%	0,410	98,6%	98,2%	0,730	99,1%	98,1%	0,467
Maior <i>compliance</i> do utente ao tratamento.	383 (89,9)	90,2%	89,2%	0,751	90,5%	89,6%	0,751	88,4%	90,4%	0,536
Formação na área da depressão em idade geriátrica.	409 (96)	95,4%	97,5%	0,325	96,6%	95,7%	0,638	97,3%	95,5%	0,409
Reforçar esta área no ensino pré-graduado.	369 (86,6)	86,6%	86,7%	0,986	87,8%	86,0%	0,590	90,2%	85,4%	0,198
Reforçar esta área durante o internato.	403 (94,6)	93,1%	98,3%	0,033	95,3%	94,2%	0,656	95,5%	94,3%	0,610
Mais formação pós-graduada.	363 (85,2)	86,3%	82,5%	0,324	84,5%	85,6%	0,750	90,2%	83,4%	0,085
Consultas de psiquiatria no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.	357 (83,8)	82,4%	87,5%	0,195	85,8%	82,7%	0,412	83,0%	84,1%	0,797
Mais informação disponibilizada via online.	250 (58,7)	53,9%	70,8%	0,001	60,8%	57,6%	0,516	61,6%	57,6%	0,465

*Valor de *p* obtido através do teste chi-quadrado.

Na questão de resposta aberta “Enumere outras necessidades que já tenha experienciado e que considere importantes” obtivemos 37 respostas (Anexo III). A categoria de necessidades referente ao “Acesso a Cuidados de Saúde” foi a mais frequente com um total de 27 respostas, sendo apontadas as equipas de saúde mental comunitárias, a presença de mais consultas de psicologia nos CSP, a realização de psicoterapia nos idosos e a existência da especialidade de Geriatria em Portugal como importantes necessidades às quais é necessário dar resposta para o acompanhamento destes doentes. Nas “Necessidades Sociais” (nove respostas) foram referidas: ações de sensibilização na comunidade para familiares e cuidadores, criação de gabinetes de apoio à família de forma a promover o seu envolvimento e a necessidade de informar a população relativamente a esta patologia.

Discussão

Desde o início do século, diversos estudos estudaram a incidência de depressão em idade geriátrica, bem como as principais percepções e barreiras dos profissionais de saúde no diagnóstico desta patologia. Relativamente às atitudes e percepções dos médicos em relação à depressão, Dowrick *et al*⁶ sugeriu que, para ajudar pacientes com depressão, é necessário que os clínicos percebam que o diagnóstico e orientação desta patologia é da sua responsabilidade. Estes achados foram suportados pelos resultados de estudos posteriores como os de Glasser *et al*^{4, 15} e Callahan *et al*³, que demonstraram que os inquiridos concordam, na sua maioria, que o diagnóstico e tratamento desta patologia nos idosos é da sua responsabilidade.

Relativamente às atitudes e percepções ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica observámos que a maioria dos participantes concordou com a maior parte das afirmações que revelam atitudes e percepções positivas, à exceção das afirmações 4, 8, 9 e 23, que revelam atitudes menos positivas. Os dados obtidos para a afirmação 4 corroboram a percepção global sobre este tema, mostrando uma tendência para sobrevalorizar patologia orgânica em detrimento da patologia mental nesta faixa etária. A questão 8 reveste-se de particular importância por ser uma das principais barreiras. Efetivamente, o tempo de consulta para gestão de toda a agenda dos doentes configura-se manifestamente insuficiente, no entanto, levanta a questão de que existe, mais uma vez, a escolha de priorizar patologia orgânica. Daqui pode intuir-se que não se prende apenas com uma questão logística de tempo insuficiente, mas da forma como é priorizada a utilização desse tempo pelos clínicos. A exceção na afirmação 9 pode ser explicada pelo facto de que usualmente o envelhecimento está associado a multimorbilidade e, conseqüentemente, pouco tempo de consulta. Para além disso nos CSP em Portugal, e segundo os indicadores do BI-CSP, é dada maior relevância à prevenção e tratamento de doenças cardio-cerebro-vasculares. Assim, parece consistente com a possível justificação apresentadas para as afirmações 4 e 9. Relativamente à afirmação “Diagnosticar depressão, automaticamente pressiona com a responsabilidade de a tratar”, uma possível teoria explicativa pode relacionar-se com resultado de uma cultura médica ainda muito direccionada e vocacionada para o tratamento farmacológico, havendo considerações e atenções necessárias com os fármacos utilizados nesta população. Também aqui o tempo de consulta pode ser determinante, uma vez que se acrescenta mais uma tarefa determinante a um tempo de consulta tão limitado. Em 10 das 26 afirmações relativas às atitudes e percepções, uma minoria concordou com as mesmas. Este facto

pode ser explicado por parte destas declarações pronunciarem a desvalorização desta patologia por parte dos clínicos, sendo por isso de esperar que a maioria dos participantes discordasse das mesmas. Verificou-se ainda que ser especialista se correlacionou com uma maior concordância com as afirmações que traduzem atitudes e percepções positivas (afirmações 2, 5, 6, 11 e 12), e menor concordância com as que traduzem atitudes e percepções menos positivas (afirmações 13 e 26). Estes resultados podem ser explicados pela menor experiência e maior insegurança inerentes a um menor grau de especialização. Ao contrário do nosso estudo, no estudo de Glasser *et al*¹, apenas médicos mais velhos sentiam que se estavam a intrometer nas questões emocionais dos seu pacientes. Recentemente, Alqarni *et al*² afirmaram igualmente que uma maior formação dos médicos de CSP e mais experiência profissional são os principais determinantes de atitudes positivas neste contexto.

Para além disso, no nosso estudo, ter formação em Saúde Mental e Geriatria também se mostrou relevante na concordância com as afirmações que traduzem atitudes e percepções mais positivas, no que concerne à confiança e importância do tratamento desta patologia. De referir ainda, e ao contrário do que esperaríamos, que ter experiência profissional específica com população geriátrica, para além da prática clínica habitual em CSP, apenas influenciou a frequência a resposta de duas afirmações: afirmação 6 (“Sinto-me confortável em lidar com os familiares dos idosos com depressão”) e 20 (“A depressão é uma consequência normal do envelhecimento”). O maior contacto com esta população tão característica que advém de uma prática clínica específica com os doentes idosos facilmente explica a concordância com a afirmação 6, indo de encontro aos resultados do estudo de Glasser *et al*.¹⁵ Já relativamente à afirmação 20, e contrariamente aos resultados do nosso estudo, nenhum participante do estudo de Glasser *et al*¹⁵ concordou com esta atitude/ percepção menos positiva. Este resultado pode, eventualmente, ser explicado pelo facto de que pessoas com mais experiência específica, poderem ter maior contacto com a patologia neste subgrupo de população e, de certa forma, normalizarem o seu diagnóstico.

O tempo reduzido de consulta, as comorbilidades no idoso com depressão, as interações medicamentosas, a preocupação com efeitos secundários da medicação e o facto dos tratamentos do foro psiquiátrico serem estigmatizantes relevaram-se como as principais barreiras apontadas pelos clínicos, o que vai de encontro com outros estudos realizados.^{5,14,17-19} Neste estudo percebe-se que um menor grau de especialização foi o principal fator contributivo para a importância dada a cada uma das barreiras. De facto, a menor experiência que um interno tem, pode explicar, uma vez mais, a maior valorização das barreiras apresentadas. Esta menor percepção de

barreiras por parte dos especialistas pode, no entanto, não traduzir o real impacto destas barreiras na prática clínica, uma vez que a depressão nesta idade continua a ser subdiagnosticada, como refere Smith *et al*⁶. Ao contrário do que seria de esperar, ter experiência profissional específica com população geriátrica não afetou a valorização das barreiras anunciadas, exceto na barreira “Desconhecimento dos critérios de diagnóstico de depressão”. Uma hipótese que levantamos para este resultado prende-se com o facto de que o maior contacto com a população geriátrica poder colocar os clínicos em contacto com escalas e critérios de diagnóstico, talvez diferentes das demais utilizadas na prática clínica do quotidiano e, desta forma, entender os critérios de diagnóstico como barreira.

Relativamente às necessidades e orientações, na resposta à pergunta “Qual das opções supracitadas considera mais importante? (escolha um número)” a maioria aponta o tempo de consulta como a maior necessidade a dar resposta, como refere Glasser *et al*⁵. Conforme já referido anteriormente, e apesar de fazer sentido que menores graus de especialização reportem maiores necessidades para ultrapassar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica, estes dados devem ser avaliados criticamente já que, mais uma vez, a perceção de necessidades pode não corresponder às reais necessidades dos profissionais e ser um fator explicativo dos baixos níveis de diagnóstico e tratamento.⁵

O estudo de Glasser *et al*⁵ propõe-se a recolher outras necessidades e barreiras, no entanto, os resultados não são explicitados. Assim, torna-se relevante a apresentação dos dados obtidos no nosso estudo por poderem acrescentar informação que pode ser útil na resolução dos problemas relacionados com a depressão em idade geriátrica. No nosso estudo, as respostas à pergunta aberta sobre outras barreiras identificadas revelaram seis grandes categorias, com destaque para o “Acesso aos Cuidados de Saúde” (n=24, 32,4%), onde a psicoterapia estruturada seria uma ferramenta tão importante na gestão terapêutica, que faria sentido um maior acesso a apoio de Psicologia nos CSP. Relativamente a outras necessidades e orientações foram reportadas mais duas categorias, destacando-se o “Acesso aos Cuidados de Saúde”, com destaque para a necessária multidisciplinaridade da abordagem dos doentes em idade geriátrica com depressão. Para além disso, e tal como Frost *et al*⁹ refere, o nosso estudo sugere que a providência de serviços de apoio psicológico em idade geriátrica, assim como realização de psicoterapia e a existência de gabinetes de apoio à família de modo a promover o seu envolvimento, podem revelar-se como importantes no diagnóstico e tratamento desta patologia.

Algumas limitações do trabalho prendem-se maioritariamente com viés de seleção, sendo de realçar uma amostra bastante mais jovem do que a que seria representativo dos MFs portugueses. Provavelmente o facto do nosso questionário ter sido partilhado via on-line, fez com que não alcançámos os MFs menos familiarizados com a Internet, que possivelmente serão médicos com idade média superior à da amostra. Para além disso, o facto das pessoas se sentirem avaliadas por um questionário e não na prática clínica, pode implicar respostas que se avaliem como aceitáveis e não aquelas que refletiriam a prática clínica habitual - viés de desejabilidade social.^{20,21} Por outro lado, os médicos que optaram por responder ao inquérito podem estar mais motivados para esta temática, o que pode implicar um viés de resposta/voluntarismo. Adicionalmente, na análise inferencial, a inclusão das respostas neutras na subcategorização “não concordo” ou “não importante” poderá ter enviesado alguns resultados.

O nosso estudo é, até à presente data e perante a pesquisa bibliográfica realizada pelos autores, o primeiro estudo em Portugal que tenta identificar e caracterizar as principais barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica em CSP. A nossa amostra é representativa em termos numéricos da de MFs (internos e especialistas) em Portugal, segundo os dados de 2021 do Instituto Nacional de Estatística.

De referir que seria importante avaliar estes dados na vida real, avaliando a atuação em consulta, avaliando uma intervenção com base nas barreiras identificadas para avaliar o impacto no diagnóstico e tratamento desta patologia. Outro estudo que podia ser importante era o de testar o impacto de uma consulta dirigida à população geriátrica com maior duração, para perceber se esta barreira tão consensualmente referida se traduziria, na prática, numa melhoria de cuidados.

Em suma, este estudo, criando um fundo de conhecimento dos MFs portugueses sobre barreiras e oportunidades relativamente a esta temática, permitirá desenhar intervenções que tanjam de forma mais específica as necessidades e orientações identificadas (Tabela 6). Por outro lado, para além da sensibilização dos MFs para a abordagem da depressão em idade geriátrica, cria-se aqui uma base para criar programas multidisciplinares que ajudem a ultrapassar as barreiras identificadas, apoiando e dando confiança ao doente idoso e família na capacitação de gestão da doença e redução de estigmas e preconceitos a ela associados.

Tabela 6: Possíveis medidas a serem implementadas em Portugal, a título sugestivo, baseadas nas respostas da amostra em estudo.

Orientações		
Formativas	Médicas	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Internato em MGF</u>: promover formações na área da Geriatria. • <u>Em cada ACeS</u>: com o envelhecimento populacional torna-se relevante um plano de formação em Geriatria, dos quais faça parte a temática depressão (válido para todos os grupos profissionais). • <u>Criar tipologia de consulta do idoso</u>
	Comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Panfletos relativos à temática com o objetivo de informação, destigmatização e sensibilização junto da comunidade; • Ações de formação na comunidade para famílias e idosos; • Projetos de intervenção em conjunto com as Unidades de Cuidados na Comunidade.
Acesso a cuidados de saúde		<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a consultas de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários. • Consultadoria de Psiquiatria e Neurologia.

Bibliografia

1. OLIVEIRA, André Nunes; ANDRADE, Joana - Perturbações do humor. In FIRMINO, Horácio; SANTIAGO, Luiz Miguel; ANDRADE, Joana; NOGUEIRA, Vasco - *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. 1ª edição: Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2018. ISBN 978-989-752-367-0
2. WHO 2010. Mental health and older adults. Institute for health metrics and evaluation. (2010). Global burden of disease study. September 2013.
3. FIRMINO, Horácio; Nogueira, Vasco; NEVES, Sandra; Lagarto, Luísa - *Psicopatologia das pessoas mais velhas*. In VERÍSSIMO, Manuel Teixeira - *Geriatría Fundamental*. 1ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda., 2014. ISBN 978-989-752-056-3
4. Conner KO, Copeland VC, Grote NK, et al. Mental health treatment seeking among older adults with Depression: The impact of stigma and race. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(6):531-543. doi:10.1097/JGP.0b013e3181cc0366
5. Smith R, Meeks S. Screening Older Adults for Depression: Barriers across Clinical Discipline Training. *Innov Aging*. 2019;3(2). doi:10.1093/geroni/igz011
6. Davidsen AS, Fosgerau CF. What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9. doi:10.3402/qhw.v9.24866
7. Agüera-Ortiz L, Claver-Martín MD, Franco-Fernández MD, et al. Depression in the Elderly. Consensus Statement of the Spanish Psychogeriatric Association. *Front Psychiatry*. 2020;11. doi:10.3389/fpsy.2020.00380
8. Collins E, Katona C, Orrell M. *Management of Depression in the Elderly by General Practitioners: II. Attitudes to Ageing and Factors Affecting Practice*. Vol 12.; 1995. <http://fampra.oxfordjournals.org/>
9. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract*. 2011;12. doi:10.1186/1471-2296-12-47
10. van Marwijk H, de Bock GH, de Jong JM, Kaptein AA, Mulder JD. Management of depression in elderly general practice patients. *Scand J Prim Health Care*. 1994;12(3):162-168. doi:10.3109/02813439409003693
11. Frost R, Bhanu C, Walters K, Beattie A, Ben-Shlomo Y. Management of depression and referral of older people to psychological therapies: A systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice*. 2019;69(680):E171-E181. doi:10.3399/bjgp19X701297
12. Alqarni HM, Alahmari AA, Alshehri HM, Asiri HA, Mostafa OA, Author C. Attitude and Practices of Primary Care Physicians in Aseer Region, Saudi Arabia, Regarding Geriatric Depression. *World Family Medicine*. 2021;19(6):24-38. doi:10.5742/MEWFM.2021.94062
13. Callahan CM, Nienaber NA, Hendrie HC, Tierney WM. *Depression of Elderly Outpatients: Primary Care Physicians' Attitudes and Practice Patterns*.
14. Glasser M, Gravdal JA. *Assessment and Treatment of Geriatric Depression in Primary Care Settings*. www.archfammed.com
15. Glasser M, Vogels L, Gravdal J. Geriatric depression assessment by rural primary care physicians. *Rural Remote Health*. 2009 Oct-Dec;9(4):1180. Epub 2009 Nov 17. PMID: 19929129; PMCID: PMC3740521.

16. Dowrick C, Gask " L, Perry R, Dixon C, Usherwood - T. *Do General Practitioners' Attitudes towards Depression Predict Their Clinical Behaviour?* Vol 30. Cambridge University Press; 2000.
17. Gallo JJ, Ryan SD, Ford DE. *Attitudes, Knowledge, and Behavior of Family Physicians Regarding Depression in Late Life.* Vol 8.; 1999. www.archfammed.com
18. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. A qualitative investigation of the impact of multimorbidity on GP diagnosis and treatment of depression in Australia. *Aging Ment Health.* 2012;16(8):1058-1064. doi:10.1080/13607863.2012.702730
19. Lu LC, Hsieh PL. Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults. *J Clin Nurs.* 2013;22(11-12):1663-1671. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04276.x
20. CROWNE DP, MARLOWE D: A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psicol* 1960;24: 349-54
21. CROWNE DP, MARLOWE D: Social desirability and response to perceived situational demands. *J Consult Psicol* 1961;25:109- -115

ANEXO I

INQUÉRITO A MÉDICOS ESPECIALISTAS E INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Barreiras ao diagnóstico e gestão da síndrome depressiva em idade geriátrica

Caro Colega,

O meu nome é Maria Inês Queiroz Gonçalves, sou interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar e, no âmbito do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, estou a desenvolver um estudo sobre as barreiras ao diagnóstico e gestão da depressão em idade geriátrica nos Cuidados de Saúde Primários, sob a orientação da Professora Doutora Inês Rosendo e coorientação do Dr. Carlos Seiça Cardoso.

Para tal, convido-o(a) a responder a este questionário que pretende identificar as barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão em idade geriátrica que os médicos especialistas e de formação específica em Medicina Geral e Familiar consideram relevantes. Pretende-se ainda elencar atitudes, crenças e perceções dos médicos relativamente a esta patologia, assim como identificar possíveis formas, autopercebidas pelos profissionais, para ultrapassar as barreiras constatadas.

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população em estudo, realizada em USFs e UCSPs de qualquer ACES.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Coimbra. As respostas dadas serão analisadas estatisticamente de forma completamente anónima e confidencial.

A participação no mesmo é totalmente voluntária, podendo o médico interromper a realização do inquérito a qualquer momento. Ao responder declara que recebeu a informação necessária, ficou esclarecido(a) e aceita participar voluntariamente no estudo.

O tempo previsto de resposta a este questionário é cerca de 5 minutos. Caso surja alguma questão poderá contactar o investigador por via correio eletrónico: mariainesqueiroz@gmail.com.

Consentimento informado

Declaro que recebi a informação necessária e estou esclarecido(a) e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Dados pessoais e/ou especiais

- 1- **Sexo** (feminino; masculino)
- 2- **Idade**
- 3- **Ano de internato** (se interno de formação específica) (1º ano; 2º ano; 3º ano; 4º ano)
- 4- **Anos como especialista de Medicina Geral e Familiar** (se especialista) (0 a 5 anos; 5 a 10 anos; mais de 10 anos)
- 5- **ARS onde trabalha** (Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Algarve; Alentejo; Açores; Madeira; Nenhuma)
- 6- **Tipologia de Unidade em que exerce funções** (UCSP; USF A; USF B)
- 7- **Formação prévia na área de saúde mental** (curso com >30 horas; pós-graduação, mestrado, doutoramento; nenhuma das anteriores)
- 8- **Formação prévia na área de geriatria** (curso com >30 horas; pós-graduação, mestrado, doutoramento; nenhuma das anteriores)
- 9- **Experiência profissional específica com população geriátrica** (lar; Unidade de Cuidados Continuados; nenhuma experiência específica além da prática clínica habitual em centro de saúde; outra)

Atitudes e percepções dos MF na síndrome depressiva geriátrica

Por favor, indique, numa escala de 1 a 5 (1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - neutro; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente), se concorda ou discorda das seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. Ajudar doentes deprimidos é importante para mim.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me confiante e capaz de diagnosticar síndrome depressiva em idade geriátrica com facilidade.	1	2	3	4	5
3. Tratar utentes com depressão é um aspeto da medicina que acho gratificante.	1	2	3	4	5
4. Não me foco no diagnóstico de depressão em idade geriátrica, sem antes ter excluído doença orgânica.	1	2	3	4	5
5. Os membros da família são incluídos nas minhas decisões e planos em relação ao tratamento e gestão da depressão doente idoso.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me confortável em lidar com os familiares dos idosos com depressão.	1	2	3	4	5
7. Considero que a informação dada por familiares dos idosos com depressão pode ser fundamental para o seu diagnóstico e orientação.	1	2	3	4	5
8. Sou muito pressionado pelo tempo de consulta para rotineiramente poder investigar depressão no doente idoso.	1	2	3	4	5
9. Os utentes idosos têm tantas comorbilidades que nem sempre tenho tempo para considerar o diagnóstico de depressão.	1	2	3	4	5
10. Tendo em conta as doenças crónicas que os idosos têm, a depressão é compreensível.	1	2	3	4	5
11. Tenho confiança nos meus conhecimentos para prescrever antidepressivos em idade geriátrica.	1	2	3	4	5
12. Quando a demência e a depressão coexistem no doente idoso, a depressão deve ser tratada.	1	2	3	4	5
13. Sinto que me estou a intrometer quando sondo as preocupações e emoções dos meus doentes.	1	2	3	4	5
14. Considero que a psicoterapia tem um papel preponderante no tratamento do síndrome depressivo em idade geriátrica.	1	2	3	4	5
15. A psicoterapia é menos eficaz no idoso com depressão do que no adulto jovem.	1	2	3	4	5
16. Considero que seja da minha responsabilidade o diagnóstico e tratamento da depressão no doente idoso.	1	2	3	4	5
17. Prefiro referenciar o idoso a consulta de Psiquiatria em vez de ser eu a diagnosticar e tratar o doente.	1	2	3	4	5
18. Os idosos esperam que o Médico de Família possa diagnosticar e tratar a depressão.	1	2	3	4	5
19. Geralmente, não há nada que possa ser feito pelo idoso com síndrome depressivo.	1	2	3	4	5
20. A depressão é uma consequência normal do envelhecimento.	1	2	3	4	5
21. A minha prioridade é tratar os problemas orgânicos primeiro e só depois os psicológicos.	1	2	3	4	5
22. Os idosos com depressão, provavelmente já tinham como antecedentes episódios de depressão em adulto jovem.	1	2	3	4	5
23. Diagnosticar depressão, automaticamente me pressiona com a responsabilidade de a tratar.	1	2	3	4	5
24. A gestão dos idosos com depressão é diferente da gestão de adultos jovens com depressão.	1	2	3	4	5
25. É preferível não usar o termo "depressão", para evitar rotular ou estigmatizar o paciente.	1	2	3	4	5
26. Considero que, daqui a 5 anos, "cuidar" de idosos com depressão será mais importante para a minha prática clínica do que é agora.	1	2	3	4	5

Identificação de barreiras ao diagnóstico e tratamento adequados da depressão em idade geriátrica:

Por favor, indique, numa escala de 1 a 5 (1 - sem importância; 2 - pouco importante; 3 - neutro; 4 - importante; 5 - muito importante), se considera importantes ou não as seguintes barreiras ao diagnóstico e tratamento da depressão no idoso.

	Sem importância	Pouco importante	Neutro	Importante	Muito importante
1. Os tratamentos do foro psiquiátrico são estigmatizantes.	1	2	3	4	5
2. Os utentes rejeitam a psicoterapia.	1	2	3	4	5
3. Comorbilidades no idoso com depressão.	1	2	3	4	5
4. Relutância em discutir problemas psicológicos/emocionais.	1	2	3	4	5
5. Pouca confiança no tratamento com aconselhamento.	1	2	3	4	5
6. Tempo de consultas reduzido.	1	2	3	4	5
7. Preocupação com efeitos secundários da medicação.	1	2	3	4	5
8. Interações medicamentosas.	1	2	3	4	5
9. Desconhecimento dos critérios de diagnóstico de depressão.	1	2	3	4	5
10. Desconhecimento das opções terapêuticas na depressão.	1	2	3	4	5
Das barreiras supracitadas, qual considera mais importante? (escolha um nº) _____					
Enumere outras barreiras que já tenha experienciado e que considere importantes: _____					

Identificação de necessidades e orientações:

Por favor indique, numa escala de 1 a 5 (1 - sem importância; 2 - pouco importante; 3 - neutro; 4 - importante; 5 - muito importante), se considera importante responder às necessidades infracitadas, de forma a melhorar o conhecimento e capacidade de gestão do síndrome depressivo em idade geriátrica.

	Sem importância	Pouco importante	Neutro	Importante	Muito importante
1. Mais tempo de consulta.	1	2	3	4	5
2. Maior <i>compliance</i> do utente ao tratamento.	1	2	3	4	5
3. Formações na área da depressão em idade geriátrica.	1	2	3	4	5
4. Reforçar esta área no ensino pré-graduado.	1	2	3	4	5
5. Reforçar esta área durante o internato.	1	2	3	4	5
6. Mais formação pós-graduada.	1	2	3	4	5
7. Consultas de psiquiatria no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.	1	2	3	4	5
8. Mais informação disponibilizada via online.	1	2	3	4	5
Qual das opções supracitadas considera mais importante? (escolha um nº): _____					
Enumere outras necessidades que já tenha experienciado e que considere importantes: _____					

ANEXO II

Tabela 7: Análise das barreiras relatadas pelos MF na questão aberta “Enumere outras barreiras que já tenha experienciado e que considere importantes”, com citações ilustrativas para cada uma.

Categorias		Exemplos	n=74 (%)
Acesso a cuidados de saúde		<ul style="list-style-type: none"> • “Dificuldade no acesso a psicoterapia” • “Falta de resposta de psicologia no SNS, dado que seria tratamento de 1ª linha em muitas situações” • “Falta de apoio por parte de Psicologia a nível dos Cuidados de Saúde Primários” 	24 (32,4%)
Familiares	Suporte familiar parco	<ul style="list-style-type: none"> • “Familiares pouco colaborantes” • “Falha na rede de suporte familiar” 	12 (16,2%)
	Desvalorização dos sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • “Desvalorização dos familiares” 	4 (5,4%)
	Não aceitação e estigmatização da doença mental	<ul style="list-style-type: none"> • “Estigma da família que considera não ser importante tratar a depressão ou que interrompe a terapêutica porque o familiar já faz muitos comprimidos” 	4 (5,4%)
Sociais	Suporte comunitário parco	<ul style="list-style-type: none"> • “Falha na rede de suporte comunitária” 	6 (8,1%)
	Isolamento social/geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • “Isolamento social” • “Isolamento geográfico” 	4 (5,4%)
	Estrato socioeconómico/cultural	<ul style="list-style-type: none"> • “Estrato socioeconómico/ cultural” 	1 (1,4%)
Pessoais	Não aceitação do diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • “A não aceitação do diagnóstico” 	6 (8,1%)
	Gestão terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • “Gestão de medicação por parte do doente” • “Dificuldade na gestão medicamentosa - trocas, enganos” 	3 (4,1%)
	Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • “Analfabeto, dificuldade na comunicação” 	2 (2,7%)
Médicas		<ul style="list-style-type: none"> • “Polipragmasia” • “Sobreposição com demência” • “Identificação em fases tardias” 	4 (5,4%)
Financeiras		<ul style="list-style-type: none"> • “Preço da medicação” 	4 (5,4%)

Anexo III

Tabela 8: Análise das necessidades/orientações relatadas pelos MF na questão aberta “Enumere outras necessidades que já tenha experienciado e que considere importantes”, com citações ilustrativas para cada uma.

Categorias	Citações	n=37(%)
<p>Acesso a cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Terapia de grupo/ familiar” • “Reforço da resposta de Psicologia na comunidade” • “Reforçar recursos na comunidade e consultas de Psicologia.” • “Psicoterapia. Não existe e era fundamental” • “Psicoterapia nos idosos” • “Psicólogos em todos os Centros de Saúde” • “Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários” • “Psicologia nos Centros de Saúde” • “Possibilidade de consultoria com Psiquiatra do Serviço de referência • “Necessidade de resposta da psiquiatria/neurologia” • “Mais psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários” • “Maior número de psicólogos no ACeS, resposta muito demorada.” • “Maior disponibilidade de psicólogos no SNS” • “Fácil acesso a consulta de Psiquiatria quando necessário.” • “Equipas de Saúde Mental Comunitárias” • “Equipas de Saúde Mental Comunitárias” • “Envolvimento de outros profissionais de saúde (enfermeiros de família, psicologia dos ACeS)” • “Consultoria de psiquiatria nos Cuidados de Saúde Primários (como em certos ACeS na ARS Norte)” • “Consultas de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários” • “Consultadoria de psiquiatria no Centro de Saúde” • “Consultadoria de Psiquiatria e Neurologia” • “Consulta de Psiquiatria nos Cuidados de Saúde Primários” • “Aumentar o nº de psicólogos clínicos e sensibilizar para a importância deste acompanhamento assim como para a responsabilização do indivíduo para com a sua saúde em geral e mental em particular” • “Apoio psicológico nos Cuidados de Saúde Primários (CSP); consultoria com Psiquiatria; dificuldade em assegurar o direito de escolha do doente, quando se tratam de referências por doença mental” • “Acesso mais facilitado a consulta de psicologia nos Cuidados de Saúde Primários” • “Acesso a psicoterapia” • “Acesso à psicoterapia” • “Necessidade da especialidade de Geriatria” 	<p>28 (75,7%)</p>
<p>Sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Informar mais sobre as patologias psiquiátricas a população” • “Divulgação sobre a doença no grupo etário” • “Ações de sensibilização comunitária para familiares/cuidadores - capacitar a identificação dos utentes idosos com sintomatologia depressiva” • “A resposta da comunidade: uma vida feliz é uma vida preenchida, com atividade física e vida social satisfatória” • “Respostas sociais competentes” • “Gabinetes para acolhimento famílias” • “Formação familiar de depressão no idoso” • “Colaboração dos cuidadores” • “Capacidade de promover o envolvimento da família” 	<p>9 (24,3%)</p>