



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Relação médico-doente na depressão: a perspetiva dos Cuidados de Saúde Primários

Patrícia Inês de Sá Damião

Orientado por:

Prof. Doutor Filipe Gama Marques Barbosa

Co-Orientado por:

Doutora Filomena Sousa

Julho'2022

RESUMO

A depressão é uma doença muito prevalente na sociedade atual, especialmente em países ocidentais. Tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes com um elevado número de anos de vida perdidos. Os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel fundamental na prevenção da doença e promoção da saúde e a elevada prevalência de depressão leva a que a maioria dos diagnósticos ocorra nos CSP. Neste contexto, a relação médico-doente adquire particular importância, podendo funcionar como uma barreira ou um notável facilitador no diagnóstico e tratamento de doentes com perturbação depressiva.

Neste trabalho original realizaram-se entrevistas semi-estruturadas a 25 médicos de MGF em funções na região de Lisboa e foi posteriormente aplicado o método de análise temática aos dados obtidos. O objetivo principal do estudo foi avaliar a perceção dos médicos dos CSP quanto à importância da relação médico-doente no diagnóstico da depressão e o envolvimento do doente na tomada de decisão terapêutica. Avaliou-se ainda a capacidade de gestão destes doentes pelos médicos de MGF, a necessidade de formação para este tema e de que forma surge a cooperação e colaboração com a Psiquiatria e Psicologia.

O nosso estudo permitiu concluir que a relação médico-doente é essencial para o sucesso do diagnóstico destes doentes e que a inclusão do doente na elaboração da terapêutica deve ser privilegiada, pois uma comunicação eficaz aliada à confiança da RMD contribuem para o sucesso terapêutico. Os médicos de MGF assumem ter facilidade ao efetuar um diagnóstico de depressão, sendo que as principais dificuldades recaem no tratamento e mudança comportamental. Ações formativas com vista à formação dos médicos de MGF para a temática da depressão são pertinentes e podem melhorar as taxas de tratamento nos CSP, diminuindo as necessidades de referenciação e a sobrecarga dos serviços de Psiquiatria.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Saúde Mental, Relação Médico-doente, Cuidados de Saúde Primários, Medicina Geral e Familiar

ABSTRACT

Depression is a very prevalent disease in today's society, especially in Western countries. It has a major impact on the quality of life of patients, being responsible for a high number of years of life lost. Primary Health Care plays a fundamental role in disease prevention and health promotion and the high prevalence of depression results in most diagnoses occurring in PHC. In this context, the doctor-patient relationship acquires particular importance, being able to act as a barrier or a remarkable facilitator in the diagnosis and treatment of patients with depressive disorder.

In this original work, semi-structured interviews were carried out with 25 general practitioners working in Lisboa and later the thematic analysis method was applied to the data obtained. The main objective of the study was to assess the perception of GP physicians regarding the importance of the doctor-patient relationship in the diagnosis of depression and the patient's involvement in therapeutic decision-making. It was also evaluated the ability of GP doctors to manage these patients, the need for training on this topic and how cooperation and collaboration with Psychiatry arises.

Our study concluded that the doctor-patient relationship is essential for the success of the diagnosis of these patients and that the inclusion of the patient in the elaboration of the therapy should be privileged, since an effective communication combined with the trust of the doctor-patient relationship contribute to the therapeutic success. GPs assume it is easy to make a diagnosis of depression, and the main difficulties lie in treatment and behavioral change. Training actions aimed at training GP doctors on the subject of depression are relevant and can improve treatment rates in PHC, reducing the need for referrals and the overload of Psychiatric services.

KEYWORDS: Depression, Mental Health, Doctor-patient Relationship, Primary Health Care, General Practitioner

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

ÍNDICE

RESUMO	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	5
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	7
AGRADECIMENTOS	8
ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO TEÓRICA	10
1.1 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	10
1.1.1. A DEPRESSÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	12
1.2 A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE NA DEPRESSÃO	13
2. OBJETIVOS.....	17
3. METODOLOGIA	18
3.1 PROCEDIMENTO	18
3.2 MÉTODO QUALITATIVO	18
3.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	19
3.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA	20
3.5 ANÁLISE DE DADOS	21
4. RESULTADOS	22
4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	23
4.1.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS.....	23
4.1.2. DADOS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	23
4.2 TEMAS E SUBTEMAS OBTIDOS NA ANÁLISE DE DADOS.....	26
4.2.1. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE.....	26
4.2.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS MÉDICOS DE MGF	32
4.2.3 RECURSOS PARA REFERENCIAÇÃO	36
4.2.4 FORMAÇÃO.....	38
5. DISCUSSÃO	41
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E INVESTIGAÇÃO FUTURA	54
6. CONCLUSÃO	55

BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS	62
Anexo 1. Entrevista Semi-Estruturada	62
Anexo 2. Consentimento Informado.....	64
Anexo 3. Dados Sociodemográficos e Profissionais dos entrevistados	65
Anexo 4. Codificação dos dados obtidos a partir da análise das entrevistas	67

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra	21
Figura 2 - Temas da análise de dados e respetivos subtemas.....	22
Figura 3 - Relação médico-doente e respetivos subtemas.....	70
Figura 4 - Subtema dos elementos essenciais da relação médico-doente.....	70
Figura 5 - Principais dificuldades identificadas pelos médicos de MGF e respetivos subtemas	71
Figura 6 - Recursos para referenciação e respetivos subtemas	71
Figura 7 - Formação e respetivos subtemas	72
Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos entrevistados	23
Tabela 2 - Dados Profissionais dos entrevistados.....	24
Tabela 4 - Dados Sociodemográficos e Profissionais dos entrevistados	65
Tabela 5 - Codificação dos dados gerados a partir da análise das entrevistas.....	67

AGRADECIMENTOS

Quero começar por agradecer ao meu orientador, o Prof. Doutor Filipe Barbosa, por ter aceitado orientar o meu Trabalho Final de Mestrado. Agradeço toda a simpatia desde o primeiro momento, a motivação e entusiasmo que me levaram a superar-me, a disponibilidade e o conhecimento que partilhou comigo ao longo destes meses. À Dr^a Filomena Sousa, agradeço ter aceitado co-orientar este trabalho.

Gostaria também de agradecer à UCSP Sete Rios e a todos os profissionais do centro de saúde pela simpatia que demonstraram e por tão bem me terem acolhido. A sua colaboração na realização das entrevistas foi indispensável à concretização deste trabalho. Um agradecimento em particular à Dra. Maria José Abreu, minha orientadora do estágio de Medicina Geral e Familiar, por tudo o que me ensinou e pelo apoio e disponibilidade que me permitiram desenvolver este projeto.

Um obrigada a todos aqueles com quem me cruzei ao longo do meu percurso académico e que me ensinaram algo.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha família por todo o apoio ao longo destes anos difíceis. Deram os melhores conselhos quando mais precisava, festejaram e sofreram comigo. Ao meu namorado, por ter estado ao meu lado nos bons e maus momentos e ter sido o meu porto de abrigo.

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CS – Centro de saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EUA – Estados Unidos da América

F – Feminino

GP – *general practitioners*

IFE – Interno de Formação Específica

M – Masculino

MF – Médico de família

MGF – Medicina Geral e Familiar

PHC – *Primary Health Care*

RMD – Relação médico-doente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO TEÓRICA

1.1 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

As perturbações depressivas têm um grande impacto na qualidade de vida dos doentes e associam-se a um elevado número de anos de vida perdidos, prejudicando as suas capacidades funcionais, profissionais e sociais (Sousa, 2015; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016). Dados mostram que uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão ao longo da sua vida (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016).

As perturbações depressivas incluem um leque de doenças caracterizadas pela presença de humor deprimido, vazio e irritável, associado a alterações cognitivas e somáticas, cuja fisiopatologia continua por esclarecer (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

De acordo com o DSM-V, a perturbação depressiva major caracteriza-se por episódios com duração superior ou igual a duas semanas, que envolvem mudanças nas funções afetivas, cognitivas e neurovegetativas (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Caracteriza-se pela presença de humor deprimido, anedonia, fadiga, alterações de peso ou do apetite e alterações do padrão do sono, entre outros. Deve ser sempre avaliada a presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio prévias, sendo estes dois dos principais critérios de gravidade.

A distímia trata-se de uma forma de depressão crónica frequentemente suportada pelo doente durante longos períodos de tempo sem que este procure ajuda médica (Spanemberg & Juruena, 2004). Caracteriza-se pela presença de sintomas como letargia, mal-estar e fadiga (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Para o diagnóstico de ambas, é essencial que os sintomas causem sofrimento ou comprometimento de função nas atividades diárias (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

As perturbações depressivas surgem com um pico de incidência aos 20 anos e outro aos 50 anos (Park & Zarate, 2019). A prevalência em indivíduos entre os 18 e os 29 anos é três vezes superior aos indivíduos na faixa etária acima dos 60 anos (*Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders, 2013; Park & Zarate, 2019) e é também 1,5 a 3 vezes mais frequente em indivíduos do sexo feminino. Podem ser identificados alguns fatores de risco para esta patologia como divórcio ou separação recentes, episódios depressivos prévios, história de trauma ou abusos, elevados níveis de stress e história de depressão em familiares próximos (Park & Zarate, 2019; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016), mas também fatores protetores como um bom ambiente familiar e um bom suporte social com a capacidade de contruir relações saudáveis (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016). Em doentes com perturbação depressiva, principalmente nos casos de distímia, surge frequentemente a associação com ansiedade, sintomas psicóticos, abuso de substâncias ou perturbações de personalidade. Esta associação relaciona-se com pior prognóstico (Park & Zarate, 2019; Spanemberg & Juruena, 2004).

Após o diagnóstico de perturbação depressiva, é necessário iniciar tratamento de forma precoce. Este deve ser iniciado pelo clínico de MGF quando o diagnóstico é feito nos Centros de Saúde e sempre que este se sinta confortável para tal. É importante, aquando do diagnóstico, classificar a depressão de acordo com a sua gravidade, dado que essa perceção permite o estabelecimento de um plano terapêutico adequado. As estratégias de tratamento disponíveis variam consoante o diagnóstico e podem incluir psicoterapia, farmacoterapia ou, muito frequentemente, uma combinação de ambos. Quanto à escolha da terapêutica antidepressiva, a estratégia para cada doente deve ser avaliada individualmente, tendo em conta a gravidade da doença, os sintomas, a existência de outras perturbações psiquiátricas e o recurso a tratamentos prévios (Park & Zarate, 2019). Já em relação à psicoterapia, não se encontram diferenças na eficácia entre os diversos tipos, pelo que todos têm utilidade no tratamento (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016) e a sua associação com a terapêutica farmacológica tem benefício independentemente do grau de severidade da patologia (Park & Zarate, 2019).

Por norma, o alívio dos sintomas é alcançado 8 a 12 semanas após o início do tratamento. A recorrência de sintomas após o primeiro episódio ocorre em 26% dos doentes até 1 ano após a remissão e em 76% no período de 10 anos após a remissão. Por esta razão, deve ser mantida a terapêutica antidepressiva durante pelo menos 6 meses após a remissão, ou dois anos em casos de risco elevado de recorrência (Park & Zarate, 2019). A adesão à terapêutica antidepressiva na dose apropriada e iniciada de forma precoce está

associada a redução da mortalidade, diminuição da probabilidade de ideação suicida e também a maiores taxas de remissão da doença e melhor prognóstico a longo prazo (Sirey, et al., 2017).

1.1.1. A DEPRESSÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP surgiram em Portugal em 1971, com o objetivo de promover a saúde e prevenir a doença, bem como de gerir problemas de saúde, agudos e crónicos, de natureza física, psicológica, social ou cultural, através de uma abordagem orientada para o indivíduo, a família e a comunidade em que se insere (Decreto-lei nº 60/2003 de 1 de Abril, 2003).

A sua constituição e funções tiveram várias alterações ao longo do tempo que permitiram chegar ao formato que existe atualmente. Os centros de saúde constituem a infraestrutura organizativa essencial dos CSP, cobrindo todo o território nacional (Branco & Ramos, 2001). Organizam-se atualmente em ACES, agrupamentos de centros de saúde, constituídos por diversas unidades funcionais, onde se incluem as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Pisco & Pinto, 2020; Tavares, 2019).

A elevada prevalência da depressão na população em geral torna difícil garantir que todos os doentes tenham seguimento em Psiquiatria e a maioria dos diagnósticos ocorre necessariamente nos CSP (Kendrick T. , 2013). Cerca de 60% das necessidades de cuidados de Saúde Mental ocorre nas UCSP e USF e 80% das terapêuticas antidepressivas são prescritas nestas unidades (Park & Zarate, 2019).

De acordo com dados de 2016, dos doentes seguidos nos CSP em Portugal, quase 10% sofrem de depressão (9,32%), apresentando uma tendência crescente nos últimos anos (Direção Geral da Saúde, 2017). Os registos de perturbações depressivas em seguimento nos CSP aumentaram 74,5% entre 2011 e 2016 (Direção Geral da Saúde, 2017). Este aumento pode espelhar um aumento de acessibilidade dos doentes aos CSP ou uma maior sensibilização dos profissionais para o seu diagnóstico (Direção Geral da Saúde, 2017).

Uma rede de Cuidados Primários eficaz tem também um papel preponderante na prevenção do suicídio. Estima-se que, em Portugal, o risco de ocorrência de suicídio ou tentativas de suicídio em indivíduos com depressão ronde os 2.2% a 8.6% (Sousa, 2015) e

um estudo recente mostra que entre doentes que cometeram tentativas de suicídio, 38% tinham tido uma consulta de MGF na semana anterior e 64% nas quatro semanas anteriores à tentativa (Ahmedani, et al., 2015). É importante nos CSP aplicar estratégias para identificar grupos com maior suscetibilidade para tentativas de suicídio e atuar preventivamente nesses grupos (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016).

De acordo com um estudo realizado nos EUA a diretores clínicos, concluiu-se que estes acreditam que os médicos de MGF recebem atualmente formação adequada ou até excessiva para a temática da depressão, o que não é corroborado pela literatura. A formação que tem sido realizada por médicos de MGF não parece traduzir-se em benefício quando avaliadas as taxas de cuidados adequados prestados em UCSP que ronda os 31.4%, bastante inferior à dos serviços especializados de Saúde Mental, que se situa nos 48.6% (Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013).

Na literatura estão identificadas potenciais barreiras à educação dos profissionais de saúde, nomeadamente a noção de falta de competência por parte do médico para formular um plano terapêutico, a ideia de que o doente não irá aderir ao tratamento ou não beneficiará deste (Bland, 2013) e a perceção dos médicos de família da falta de capacidade do sistema de saúde em que se encontram para providenciar um cuidado de qualidade aos doentes com depressão, seja pelo pouco tempo que dispõem para efetuar cada consulta, o escasso acesso a psicoterapia ou pela dificuldade encontrada no apoio pela Psiquiatria (Gask, 2013).

1.2 A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE NA DEPRESSÃO

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente pode funcionar como uma barreira ou como um elemento facilitador no acesso do doente ao tratamento e esta relação assume especial importância nos CSP e no tratamento da depressão (Kealy, Rice, Ferlatte, Ogrodniczuk, & Oliffe, 2019). Tradicionalmente, a relação médico-doente era estruturada de acordo com um “modelo clínico” em que o doente era visto como tendo uma doença é causa de dor e tristeza e que, ao ser corretamente tratada, restabelece a saúde e bem-estar. Em contraste, o “modelo relacional” foca-se na qualidade do processo da interação entre médico e doente e a relação transformou-se numa partilha de

informação em que o doente é percecionado como um participante ativo (Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020).

Confiança, conhecimento, respeito e lealdade são os quatro elementos que formam a relação médico-doente. A confiança envolve a confiança do doente na competência e capacidades do médico e a confiança do médico nas crenças do doente e nos sintomas que reporta (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015; Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020). No que diz respeito ao conhecimento, falamos em conhecimento mútuo, tanto por parte do médico para com o doente, como vice-versa. Respeito implica que o doente sinta que o médico gosta de si como indivíduo e que se encontra “do seu lado” e a lealdade relaciona-se, não só com o compromisso do médico de não abandonar o doente, mas também do doente perdoar o médico em caso de erro (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015). Ao entrar nessa relação, o médico concorda em respeitar a autonomia do doente, manter a confidencialidade, explicar as opções terapêuticas, obter consentimento informado, providenciar cuidados de elevado nível e compromete-se a não abandonar o doente (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015; Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020).

Uma relação saudável em que há conhecimento do estado emocional do doente e preocupação com o mesmo e uma comunicação eficaz e de qualidade relaciona-se positivamente com a melhoria dos sintomas e influencia positivamente o prognóstico (Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020). A capacidade de comunicação do médico irá influenciar a adesão do doente à terapêutica e a frequência com que o doente irá voltar à consulta (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015; Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020).

Um estudo realizado no Canadá avaliou a RMD em indivíduos do sexo masculino com perturbação depressiva seguidos nos CSP e a sua adesão a terapêuticas antidepressivas. De entre o grupo de doentes com seguimento continuado pelo MF, a probabilidade de os doentes optarem por uma opção terapêutica por oposição a nenhum tratamento era significativamente maior do que no grupo de doentes que não mantinha seguimento regular no MF. Concluiu-se assim que a qualidade da relação estabelecida entre o médico de MGF e o doente tem um papel preponderante na escolha por aderir ou não à terapêutica prescrita (Kealy, Rice, Ferlatte, Ogrodniczuk, & Oliffe, 2019).

As taxas de não adesão à terapêutica nos EUA rondam os 29% a 40% e são mais baixas entre os doentes seguidos nos CSP, quando comparados com doente seguidos em consulta de Psiquiatria (Sirey, et al., 2017). Os principais fatores de risco para não adesão à terapêutica incluem a idade avançada, comorbilidades, polimedicação, crenças acerca do tratamento e questões quanto aos efeitos adversos (Sirey, et al., 2017).

No que diz respeito ao envolvimento do doente no processo de decisão acerca do plano terapêutico, torna-se pertinente referir os três modelos básicos de estrutura da relação médico-doente que têm vindo a ser atualizados ao longo dos anos. O modelo mais antigo baseia-se em o médico agir sobre o paciente, que é tratado como um objeto inanimado e denomina-se modelo ativo-passivo. De forma intermédia, é considerado o modelo orientação-cooperação, em que o médico é colocado numa posição de poder por ter o conhecimento médico que o doente não tem e deve decidir pelo que será melhor para o doente e dar as devidas recomendações. No extremo oposto, encontra-se o modelo da mútua cooperação em que existe uma parceria entre médico e doente que participam de forma igual na relação. O doente é visto como um *expert* na sua experiência de vida e objetivos e o papel do médico é ajudá-lo a atingir esses objetivos. Este modelo implica que ambas as partes têm igual poder e são mutuamente interdependentes. Durante os últimos anos, tem-se assistido a um aumento dos esforços para que seja aplicado este modelo, sempre que possível (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015).

Piores prognósticos resultam de uma fraca RMD. Estão descritos diversos fatores que podem contribuir para que não se estabeleça uma relação saudável entre médico e doente. Como fatores do doente, surgem a relação com um novo doente, em que não há confiança pré-estabelecida, conhecimento prévio adquirido e houve pouca oportunidade de demonstrar lealdade. Também casos em que o prognóstico do doente é reservado, em doentes com personalidades difíceis de gerir ou doenças difíceis de tratar, como quando há associação com abuso de substâncias ou perturbações psiquiátricas (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015).

Fatores do médico como o seu estado emocional, de exaustão ou falta de realização profissional podem contribuir para um défice de atenção e de comunicação, uma diminuição da confiança do doente no médico e do próprio médico nas suas capacidades

(Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020). Como fatores de incompatibilidade, surgem as dificuldades de comunicação por barreira da linguagem ou barreiras culturais que dificultam a partilha de informação e a avaliação das convicções do doente. Fatores externos que se relacionam com a organização do sistema de saúde são essencialmente as limitações de tempo ou de espaço, quando não há privacidade para explorar certos temas e o elevado peso da documentação que surge como uma barreira na comunicação e dificulta a empatia (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015).

2. OBJETIVOS

Este estudo pretende avaliar a perceção dos médicos de MGF sobre o diagnóstico, tratamento e seguimento de doentes com perturbação depressiva nos CSP.

Tem como objetivos principais:

- 1) Avaliar em que medida a RMD influencia o diagnóstico da depressão;
- 2) Avaliar como é feito o envolvimento do doente no processo de decisão quanto à abordagem terapêutica.

Adicionalmente, como objetivos secundários foram avaliadas:

- 1) A noção de capacidade de diagnóstico e tratamento da depressão pelos médicos de MGF;
- 2) As necessidades formativas nesta área;
- 3) A perceção da qualidade da cooperação e processos de referenciação para Psicologia e Psiquiatria no SNS.

3. METODOLOGIA

3.1 PROCEDIMENTO

Para este estudo foi escolhido como método de obtenção de dados o recurso à entrevista semiestruturada, um dos métodos mais frequentemente usados em estudos qualitativos (Kallio, et al. 2016). As entrevistas foram realizadas num formato de entrevista individual e fundamentadas num guião elaborado previamente, com base na literatura disponível sobre o tema, que permitiu orientar as entrevistas para os objetivos pretendidos.

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2022, consoante a disponibilidade dos médicos. Foram realizadas um total de 25 entrevistas a médicos de MGF na UCSP Sete Rios em Lisboa. Foram conduzidas unicamente pela investigadora, em português e realizadas presencialmente nas instalações da UCSP Sete Rios, mediante a leitura e assinatura de um consentimento informado (Anexo 2), tendo sido garantido o anonimato.

As entrevistas tiveram uma duração total de 7 horas, 48 minutos e 4 segundos, com uma duração média de 18 minutos e 43 segundos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas manualmente pela investigadora em documento WORD num total de 88 páginas A4, o que permitiu uma análise inicial e maior conhecimento e compreensão dos dados pela investigadora (Braun & Clarke, 2006).

Para a análise dos dados obtidos, recorreu-se a um método de análise temática. Procedeu-se à análise inicial de toda a informação obtida que levou à criação de códigos, motivados pelas temáticas encontradas nas respostas. Os mesmos foram organizados consoante a sua relevância e conteúdo, originando os temas a ser discutidos posteriormente (Braun & Clarke, 2006).

3.2 MÉTODO QUALITATIVO

O recurso ao método qualitativo pode revelar-se bastante útil quando se pretende estudar os cuidados e serviços de saúde (Pope & Mays, 2006). Este método permite a investigação de experiências, perceções ou comportamentos, geralmente de forma aprofundada e holística, através da recolha de dados narrativos (Moser & Korstjens, 2017).

Ao contrário do método quantitativo, não manipula ou quantifica variáveis predefinidas e as questões de pesquisa são geralmente amplas e abertas a descobertas inesperadas (Moser & Korstjens, 2017). A escolha de um desenho qualitativo depende essencialmente da natureza do problema da pesquisa, da questão da pesquisa e do conhecimento científico que se busca.

No caso deste estudo, o que levou à escolha deste método foi o facto de se pretender sondar a perceção e experiência dos médicos envolvidos e explicar como e porque agem de determinada forma, através de questões abertas (Korstjens & Moser, 2017).

3.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Para a elaboração do guião a ser aplicado nas entrevistas, foi feito um planeamento prévio com identificação dos objetivos propostos para este trabalho e dos temas a estudar. Posteriormente realizou-se uma pesquisa bibliográfica que permitiu incluir todas as questões pertinentes face a esses objetivos. As perguntas foram agrupadas de acordo com a temática abordada em quatro secções: dados sociodemográficos e profissionais, diagnóstico, intervenção e formação.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e permite ao entrevistado desenvolver as suas respostas sobre os temas propostos (Boni & Quaresma, 2005). Por ser um método flexível, permite a alteração da ordem das perguntas quando pertinente e até a introdução de perguntas improvisadas, consoante as respostas do entrevistado, o que permite dar à conversa um sentido lógico (Boni & Quaresma, 2005; Kallio, Pietila, Johnson, & Kangasniemi, 2016). Favorece a obtenção de respostas espontâneas pela relação que se estabelece entre o entrevistador e o entrevistado e, por não ter uma duração predefinida, permite uma conversa mais profunda sobre determinados temas (Boni & Quaresma, 2005; Kallio, Pietila, Johnson, & Kangasniemi, 2016).

Estas vantagens levam a produzir uma melhor amostra da população de interesse, quando comparadas com o recurso a técnicas de entrevista estruturada ou questionários (Boni & Quaresma, 2005). O objetivo da escolha deste método foi permitir dirigir o entrevistado para as temáticas pretendidas, de forma a manter a consistência e formato

entre entrevistas, permitindo, contudo, ter a flexibilidade necessária para efetuar algumas alterações à estrutura quando pertinente (Boni & Quaresma, 2005).

3.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

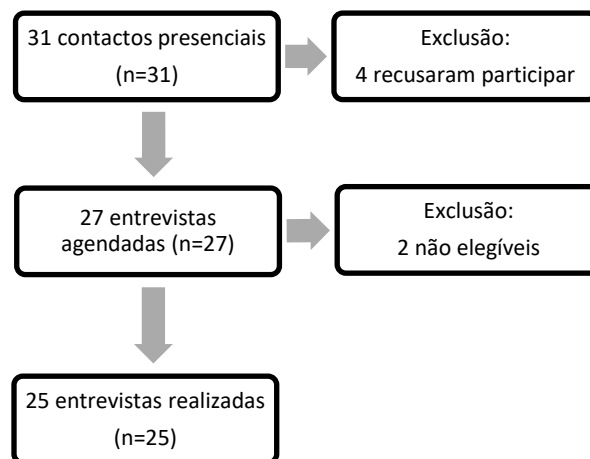
A amostra foi selecionada entre a população alvo de forma aleatória. Os critérios de inclusão usados foram 1) ser médico especialista ou IFE de MGF em funções e 2) ter experiência prévia no diagnóstico e/ou tratamento de doentes com perturbação depressiva.

Os entrevistados foram selecionados através de critérios subjetivos do entrevistador por um método de amostragem não probabilístico, pelo que não permite a aplicação de formas estatísticas, como margem de erro ou nível de confiança, para medir a precisão dos resultados (Marotti, et al., 2008; Dongre, Deshmukh, Kalaiselvan, & Upadhyaya, 2009). Foi usado um método de seleção de amostra por conveniência (Dongre, Deshmukh, Kalaiselvan, & Upadhyaya, 2009), em que o entrevistador selecionou os entrevistados de entre os médicos da UCSP Sete Rios que se mostraram disponíveis e admite que estes possam representar um universo.

Este método é frequentemente usado em estudos qualitativos para geração de ideias e hipóteses em pesquisas exploratórias (Marotti, et al., 2008; Guimarães, 2012; Naderifar, Goli, & Ghaljaei, 2017) e foi usado neste estudo pela facilidade operacional que representa e baixo custo de amostragem. A grande desvantagem associada à sua utilização é a incapacidade de fazer afirmações ou inferências gerais com rigor sobre a população. No entanto, o risco de enviesamento é menor por se tratar de uma população homogénea para as características pretendidas (Naderifar, Goli, & Ghaljaei, 2017).

Os contactos foram realizados presencialmente. Foram contactados um total de 31 médicos, dos quais 4 recusaram participar. Dois revelaram-se não elegíveis para o estudo por não cumprirem os critérios de inclusão (não serem médicos de MGF) e foram então realizadas um total de 25 entrevistas.

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra



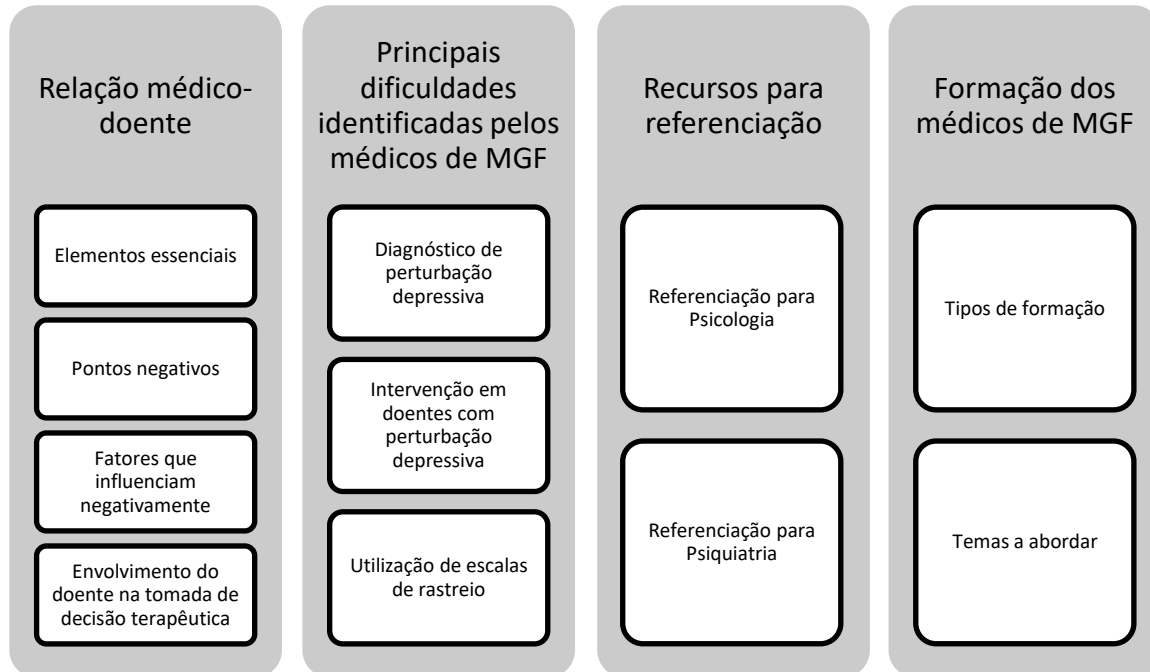
3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados seguindo um método de análise temática (Braun & Clarke, 2006). Trata-se de um método flexível que procura identificar, analisar e reportar padrões dentro de um conjunto de dados. Consiste em seis etapas que começam com a familiarização do investigador com os dados e análise da informação que leva a geração de uma codificação inicial. Segue-se o apuramento, revisão e definição dos temas e culmina na discussão (Braun & Clarke, 2006; Dongre, Deshmukh, Kalaiselvan, & Upadhyaya, 2009). A relevância dos temas não é determinada pela frequência com que aparecem nas respostas, mas sim pela sua importância para o assunto em estudo (Braun & Clarke, 2006). Estes padrões ou temas vão ser organizados consoante as respostas e não as perguntas pré-estabelecidas. O recurso a este método de análise de dados permitiu garantir o rigor da informação recolhida e das conclusões.

A análise e codificação dos dados foi feita manualmente (Braun & Clarke, 2006; Dongre, Deshmukh, Kalaiselvan, & Upadhyaya, 2009). Foi considerado como *data set* o conjunto de todas as transcrições e como *data item* foi considerada cada entrevista. A prevalência de cada código foi definida como o número de vezes que esse tópico surge no *data set*, isto é, no total de todas as entrevistas. Na terceira fase da análise temática, que se prende com a codificação inicial dos dados, foram gerados 116 códigos, que, após serem submetidos a revisão, foram reduzidos a 81 códigos (tabela com codificação no anexo 4). Estes códigos foram posteriormente organizados em temas e subtemas, que serão

desenvolvidos nos resultados e discussão (figuras com subtemas e respetivos códigos no anexo 5).

Figura 2 - Temas da análise de dados e respetivos subtemas.



4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

4.1.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

Foi selecionada uma amostra de 25 médicos de Medicina Geral e Familiar. Foram entrevistados 21 indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 84% dos entrevistados, e 4 indivíduos do sexo masculino. Os médicos entrevistados tinham em média 53 (52,48) anos, com idades compreendidas entre os 29 e os 69 anos, sendo a maioria na faixa etária dos 55 aos 70 anos (60% dos entrevistados). 52% dos entrevistados eram casados e os restantes viúvos (16%) ou solteiros (32%).

A tabela 1 apresenta a caracterização resumida dos dados sociodemográficos dos 25 médicos entrevistados. A caracterização mais detalhada encontra-se no anexo 3.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos entrevistados

Género	Feminino	21	84%
	Masculino	4	16%
Idade	25-40	8	32%
	40-55	2	8%
	55-70	15	60%
Estado Civil	Casado	13	52%
	Solteiro	8	32%
	Viúvo	4	16%

4.1.2. DADOS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

Foi selecionada uma amostra de 24 médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar e 1 médico interno de Formação Específica de MGF, em funções na UCSP Sete Rios, em Lisboa. A média de anos de experiência em MGF dos entrevistados situava-se nos 27 (26,56) anos, com valores entre os 4 e os 41 anos de experiência. Todos os médicos exerciam funções na UCSP Sete Rios e tinham contacto prévio com doentes com perturbações depressivas.

De entre os entrevistados, 13 afirmaram ter algum tipo de formação em Saúde Mental e os restantes 12 afirmaram nunca ter tido nenhuma formação oficial em Psiquiatria ou Saúde Mental, à exceção de sessões clínicas pedagógicas promovidas pela UCSP Sete Rios. As formações referidas foram na sua maioria o estágio de Psiquiatria de 2 meses obrigatório durante a realização do internato médico de MGF (48% do total dos entrevistados), experiência prática em Serviço de Psiquiatria (28%) e ainda formação pós-graduada na área da Psiquiatria ou Psicologia (16%).

A tabela 2 apresenta a caracterização resumida dos dados profissionais dos entrevistados. A caracterização mais detalhada encontra-se no anexo 3.

Tabela 2 - Dados Profissionais dos entrevistados

Especialização	Carreira de Clínica Geral	14	56%
	Especialização em MGF	10	40%
	IFE de MGF	1	4%
Anos de prática MGF	≤20 anos	9	36%
	20-40 anos	10	40%
	≥40 anos	6	24%
Experiência em Saúde Mental	Sem experiência	12	48%
	Estágio do IFE de MGF	7	28%
	Formação Pós-Graduada em Psiquiatria/Psicologia	4	16%
	Prática no Serviço de Psiquiatria	2	8%
Necessidade de Formação	Sim	16	64%
	Não	8	36%

Todos os médicos entrevistados afirmaram seguir doentes com depressão na sua consulta, tendo sido referido por 3 dos 25 entrevistados que é uma das patologias mais frequentes em consulta. 18 dos 25 médicos apontaram um valor para a prevalência desta patologia na sua consulta, seja por número aproximado de consultas realizadas por mês (50%) ou por percentagem de doentes que seguem nas suas listas (50%). As respostas

variaram entre os 10% e os 80%, entre os 9 médicos que definiram uma percentagem aproximada, tendo 55,5% sugerido uma percentagem entre os 4% e os 20% e os restantes, percentagens entre os 30 e os 80%.

De entre os médicos que referiram um número aproximado de consultas por mês ou semana, as respostas variaram entre 1 e 2 consultas por semana até 10 consultas por semana. Um terço dos médicos referiu entre 1 e 3 consultas por semana, 5 entre 4 e 6 consultas por semana e apenas um mencionou um total de 10 consultas por semana.

No que diz respeito à necessidade de formação para a temática da depressão, 32% dos médicos afirmaram ter a formação necessária e não sentem necessidade de ampliar os seus conhecimentos quanto a este tema. Entre esses, as justificações mais frequentemente dadas foram falta de interesse pela área de Psiquiatria (12,5%), noção de formação prévia suficiente (50%) ou motivação insuficiente por se encontrarem perto da idade da reforma (37,5%).

“Já tive, não creio que precisasse de mais formação. Os fármacos que uso chegam perfeitamente e até acho que já tive demasiada formação em saúde mental.”

“Eu estou no fim de carreira por isso a motivação já é muito diferente ao que era no início da carreira.”

Como entraves à formação na área da Saúde Mental, de entre os entrevistados que referiram sentir necessidade de aumentar os seus conhecimentos (17 dos 25 entrevistados), 41% dos entrevistados referiu a reduzida oferta de formações na área da Saúde Mental, principalmente quando comparado a outras áreas da Medicina (12%) e 12% dos entrevistados apontaram a falta de tempo dada a elevada carga laboral.

“Tínhamos muitas formações há uns anos, mas agora já não temos, estamos completamente ao abandono.”

“Comparativamente a outras áreas de formações que nós temos acesso, na área cardiovascular por exemplo, (...) são muito mais raras e é muito mais difícil termos essa formação.”

4.2 TEMAS E SUBTEMAS OBTIDOS NA ANÁLISE DE DADOS

Após a codificação e organização dos códigos gerados, foram identificados quatro temas principais: RMD, principais dificuldades identificadas pelos médicos de MGF, recursos para referência e formação para o tema. Dentro destes temas, foram identificados alguns subtemas que serão desenvolvidos de seguida.

4.2.1. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

A. Elementos essenciais da RMD na depressão

Na análise dos dados das entrevistas, as respostas relativas aos elementos essenciais para a criação de uma RMD saudável e que contribua para um melhor prognóstico foram organizadas em tópicos. Relativamente à relação de confiança que se estabelece entre o médico e o doente, foi referido que promove uma maior abertura por parte do doente na comunicação das suas queixas, tendo este ponto sido mencionado por 28% dos entrevistados.

“Influencia em 90%, porque se não me conhecessem demoravam mais a trazer à conversa assuntos que comigo falam logo”; “O facto de conhecer o doente já há mais tempo faz com que tenham mais confiança, contam com mais facilidade os sintomas que têm, até muitas vezes sentem-se à vontade para chorar.”

Outros dois fatores referidos foram a confiança do doente na terapêutica instituída pelo médico (12%), que facilita a adesão terapêutica e a facilidade em promover mudanças no comportamento dos doentes (12%).

“... um doente que me aparece pela primeira vez com um quadro depressivo, tem muito mais dificuldade em aderir a terapêutica e a ter confiança em mim ao contrário do doente que já me conhece há muito mais tempo e que habitualmente faz o que eu proponho.”

Por sua vez, a relação estabelecida com o médico de família permite que o doente se sinta compreendido (20%) e valida o papel terapêutico do médico (8%).

“Às vezes só falarem sobre isso já deixa os doentes muito mais aliviados e é logo parte da solução.”

“Principalmente com os doentes que tenho mais confiança e que sei com quem posso agir de determinada forma, sou bastante mais incisiva e responsabilizo os doentes pelo trabalho que é preciso fazer para melhorar.”

Em relação à qualidade da relação estabelecida e ao conhecimento previamente adquirido, destacam-se o conhecimento prévio do doente (mencionado por 28% dos entrevistados) que permite conhecer fatores de risco para perturbação depressiva (16%) e ainda detetar alterações do comportamento e postura do doente, que facilitam o diagnóstico (16%).

“Alguns como nós os conhecemos bem é fácil detetar alguma diferença. (...) e ao mesmo tempo também eu os conheço melhor e percebo quando algo está errado.” ; “Eu tinha aqui doentes que bastava olhar para a cara deles para perceber que não estavam bem...”

Outro ponto importante é o conhecimento da família do doente, referido por 24% dos médicos de MGF, que promove uma maior facilidade na criação de alianças entre os familiares (8%) e permite conhecer os fatores de risco familiares para depressão (16%).

“Eu acho que ajuda conhecer o doente porque conheço o quadro familiar e sabemos as redes de apoio em que nos podemos apoiar para resolver alguns problemas que estejam na base ou a contribuir para a depressão.”

“Por norma conheço as famílias e os contextos e sei na maioria dos casos quando há risco acrescido de terem uma depressão”

Foi também referido como fator de qualidade da RMD o conhecimento do ambiente social em que se insere o doente (8%).

“...é o medico que conhece melhor o doente, a família, os recursos e tem já o doente estudado (...) tentar mobilizar os recursos certos, quando não existe família arranjar parceiros sociais, articulação com assistente social. (...)”

Em relação ao acompanhamento, foi referido a possibilidade de um seguimento apertado durante os primeiros tempos de terapêutica na consulta de MGF (36%), o que facilita o ajuste terapêutico (12%) e, ainda, a oportunidade dada ao doente de contactar o

médico de família sempre que considere necessário, seja por contacto telefónico ou e-mail, referido por 32% dos médicos.

“...nós conseguimos em MGF, ao contrário do hospital, até termos um ajuste terapêutico e sentirmos que estão bem, eles vêm entre 4 a 6 semanas e a evolução é mais bem avaliada...”; “Por outro lado, também é mais fácil depois ir fazendo o seguimento porque o doente vem com frequência à nossa consulta, conseguimos saber como está a correr a terapêutica e as consultas de psicologia”

“Deixo sempre a porta aberta para estar disponível caso precisem de voltar.”;
“Eu também muitas vezes dou o meu email a alguns doentes ou até o meu telemóvel e numa emergência os doentes acabam por me contactar e ter algum apoio.”

O contínuo de consultas em MGF permite o fortalecimento da relação entre o médico e o doente (20% dos médicos), dando espaço para o respeito pelo tempo do doente (20%) para expressar as suas queixas e para iniciar terapêutica.

“As vezes avaliamos a parte psicológica do utente que implica ter tempo e abertura do utente. Muitas vezes é necessário ter uma continuidade com o doente para que ele consiga falar sobre a parte psicológica”

“Pode às vezes acontecer numa primeira fase o doente não aceitar os antidepressivos e passado algum tempo perceber que precisa, por isso há um contínuo de cuidado...”

B. Pontos negativos da RMD

A relação médico-doente em MGF tem também alguns pontos negativos, referidos por 24% dos médicos entrevistados, num total de 8 respostas. Estão essencialmente relacionados com o facto de o médico de família conhecer toda a família do doente (62,5% das respostas), o que torna difícil que este confidencie certos aspetos que não quer que a família tenha conhecimento, como mencionado em 12,5% das respostas a esta questão, ou leva a que não mencionem problemas ou conflitos familiares (50%).

“Por outro lado, como nós conhecemos a família, as vezes podem não nos querer contar alguns problemas que tem a nível familiar”

“O doente não tem treino de fazer certas queixas, não quer desiludir o médico ou não quer que o resto da família saiba de algum assunto mais pessoal.”

Alguns doentes optam por não partilhar com o médico de família todas as suas preocupações ou problemas por medo de desiludir o médico com quem têm uma relação mais próxima, o que foi referido em 37,5% das respostas.

“Muitas vezes têm vergonha de contar porque é que estão com aquele problema e ao médico de família que já conhecem há muito tempo acabam por ter mais vergonha ou até mesmo um certo respeito de não querer desapontar.”

“Parece que da mesma forma que não querem desapontar a mãe, não me querem desapontar a mim.”

C. Fatores que influenciam negativamente a RMD

A relação médico-doente pode sair prejudicada em diversas situações, o que foi referido por 8 dos 25 médicos entrevistados, num total de 10 respostas. Tal acontece quando existe uma quebra de confiança, seja do médico para com o doente, referido em 4 das 10 respostas ou do doente para com o médico (em 3 das 10 respostas). O primeiro caso pode acontecer quando se está perante um “doente manipulador” (20%) ou quando o médico tem conhecimento de que o doente duvida do seu julgamento e pede uma segunda opinião (20%).

“...situação muito subjetiva, porque se o doente diz que está deprimido e que se sente em baixo, nós não temos como quantificar esses sintomas nem como avaliar se são verdadeiros.”; “Se o doente diz os critérios todos de diagnóstico, (...) e mesmo que nós achamos que está a mentir e que não tem um aspeto triste e que tem um objetivo por trás, nós não temos como avaliar a veracidade dos sintomas”

“Quando já existe uma fraca relação com o médico de família, isso tende a prejudicar o tratamento porque o doente não confia nas decisões do médico, (...)

sabemos que noutras situações já pediu uma opinião de outro médico e isso cria sempre algum mal-estar.”

A perda de confiança do doente no médico pode acontecer no caso de a terapêutica sugerida pelo médico não ter qualquer efeito ou ter efeitos negativos no doente (20%).

“Se começassem logo uma dose alta, podiam mais facilmente abandonar a terapêutica e ainda criar algum constrangimento na relação com o médico, por sentirem que lhe tinham receitado algo que lhes fez mal.”; “Quando faço tentativa de uma terapêutica, não funciona, (...) peço opinião da Psiquiatria. (...) Após isso, o próprio doente começa a ficar desconfortável (...). E mesmo para nos salvar, acabo por pedir opinião.”

O estado psicológico do médico como fator do médico relevante para um diagnóstico correto foi referido apenas por um dos médicos entrevistados.

“...O estado mental em que está o médico e que muitas vezes é desvalorizado, porque se o médico (...) não estiver bem, também não vai avaliar e perceber o quadro do outro da mesma maneira...”

Um fator da consulta que pode interferir negativamente na RMD é o caso das consultas telefónicas ou não presenciais, referido em 20% das respostas a esta questão.

“...quando muitos deles vêm só pedir receitas e deixam os pedidos na secretaria ou até enviam por email e eu acabo por nem os ver. Nos últimos tempos isso tem acontecido cada vez mais e acaba por se perder muito”

24% dos entrevistados mencionaram ainda que quando se encontram perante um doente novo, do qual não conhecem o historial clínico, se torna mais difícil fazer um diagnóstico (20%) e iniciar terapêutica (16%).

“Com os doentes que não conheço, tenho imensos problemas porque faço a entrevista e vejo muitas vezes que não há elementos diagnósticos que me permitam avaliar a situação”

D. Envolvimento do doente no processo de tomada de decisão terapêutica

Relativamente ao envolvimento do doente no processo de tomada de decisão, os entrevistados foram questionados quanto ao envolvimento ou não dos doentes e, em caso de resposta afirmativa, de que forma é que o procuravam fazer. De entre os 24 médicos que responderam a esta questão, 20 afirmaram incluir o doente no processo de decisão (83,3%) e 4 afirmaram não o fazer, por considerarem que é uma decisão do médico.

“Eu acho que isso é a parte do médico saber como vai medicar o doente porque muitas vezes o doente nem sabe se é antidepressivo ou ansiolítico ou o que seja...”

A maioria dos entrevistados referiu a inclusão do doente no plano terapêutico como um fator essencial para melhorar a adesão terapêutica e com elevada influência no prognóstico e nomeou a explicação dos efeitos adversos como a estratégia mais usada (35% dos entrevistados que responderam afirmativamente a esta questão).

“Discuto sempre a proposta terapêutica com o doente. Explico-lhe os efeitos secundários (...) para não haver abandono terapêutico, porque se a pessoa não percebe que isso vai acontecer, eles em vez de se sentirem melhor, sentem-se pior e acabam por abandonar a terapêutica.”

Outras estratégias referidas para o envolvimento do doente incluem perceber a opinião do doente quanto a iniciar psicoterapia (15% dos entrevistados que responderam afirmativamente) ou a iniciar terapêutica antidepressiva (20%), apresentar a proposta terapêutica (15%) ou explicar o plano terapêutico a instituir (30%).

“Vou vendo conforme o utente diz, se acha que as consultas de psicologia têm efeito ou não ou se precisa de outra opção terapêutica ou medicação.”

Os métodos menos referidos foram o recurso ao apoio familiar e ao método de decisão partilhada, ambos apenas referidos por um dos entrevistados (5%).

“Em particular na área da depressão, se não é uma decisão partilhada, o doente não adere à terapêutica ou abandona precocemente.”

4.2.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS MÉDICOS DE MGF

Os entrevistados foram questionados quanto às dificuldades que sentiam durante o seguimento de doentes com depressão. Foram identificadas as principais dificuldades relativamente ao diagnóstico, intervenção e rastreio.

A. Dificuldades no diagnóstico de perturbação depressiva

Relativamente ao diagnóstico, apenas 2 dos 25 entrevistados não identificaram qualquer dificuldade. Entre as restantes 23 entrevistas, foram mencionados diversos entraves ao correto diagnóstico de perturbações depressivas. A dificuldade mais frequentemente identificada, a ser referida em 13 das 23 entrevistas (57%), foi a falta de tempo em consulta para abordar a patologia mental.

“...não temos tempo para o diagnóstico. Estes doentes costumam precisar de consultas muito prolongadas e em diferentes contextos (pessoal, familiar, laboral) e (...) não conseguimos abordar todos esses contextos em consulta...”

Outras duas dificuldades abordadas foram o estigma associado à doença mental (39%), que muitas vezes dificulta a aceitação do diagnóstico, tanto por parte do doente como dos familiares, e também o diagnóstico diferencial de depressão com outras patologias com quadros semelhantes (26%), tendo sido referidas a doença bipolar ou quadros de demência.

“... [têm] medo de nos dizerem o que sentem, não querem que no emprego saibam e pedem para não informar o motivo da baixa (...), ainda há muito estigma para a doença mental.”; “Não gostam de ter perturbações mentais; a maioria das pessoas não gosta de admitir que está triste, (...), não gostam do diagnóstico de depressão...”

“Nos doentes que têm demência, muitas vezes é difícil perceber se há associação com depressão ou não.”

De seguida, a mais referida foi a dificuldade de expressão dos doentes (30,4%) que dificulta a compreensão das queixas, queixas essas que são frequentemente muito

inespecíficas (referido em 9% das entrevistas) ou secundárias a somatização de doença mental (13%).

“Tenho realmente alguma dificuldade quando não temos uma depressão típica. Às vezes temos queixas que são fora do quadro habitual com sintomatologia menos precisa...”

“O doente não tem treino de fazer certas queixas...”; “...é preciso ir puxando para chegarmos a conclusões porque os doentes nem sempre se sabem expressar.”

“Muitos doentes chegam com 5 e 6 problemas e só depois de os avaliar todos é que percebo que não há patologia orgânica, mas sim somatização de uma perturbação depressiva.”

A subjetividade da doença mental foi também uma dificuldade referida (17,3% das entrevistas).

“...os critérios serem aquilo que a pessoa diz. Não é como outros diagnósticos clínicos que temos exames ou análises, que aqui não existe.”

B. Dificuldades na intervenção em doentes com perturbação depressiva

As principais dificuldades identificadas pelos médicos de MGF foram organizadas em três categorias, sendo elas terapêutica, comportamentos ou atitudes e outros. De entre os 25 entrevistados, apenas 20 responderam a esta questão.

No que diz respeito à terapêutica, a principal dificuldade encontrada, através da análise de dados, foi a má adesão terapêutica, mencionado por 35% dos entrevistados que responderam a esta questão.

“O principal problema é os doentes não quererem fazer fármacos ou não aderirem ao que propomos...”

Foram reportadas algumas razões que podem justificar o abandono da terapêutica, referido por 9 dos 20 médicos, nomeadamente os efeitos adversos sentidos no início do tratamento, referido por 20% dos médicos, a sensação de ineficácia do tratamento sentido

por muitos doentes nas primeiras semanas (10%) ou, pelo contrário, a melhoria sintomática que leva ao abandono precoce da terapêutica antidepressiva (15%).

“...param precocemente a terapêutica quando se sentem bem e acabam por ter uma recaída.”; “Nos doentes mais novos acontece que quando se sentem melhor, retiram logo a medicação antidepressiva em vez de esperarem os 6 meses a 1 ano que nós recomendamos e muitas vezes abandonam também o seguimento.”

Outras dificuldades referidas foram os casos de polimedicação em idosos (10%) e a resistência por parte dos doentes a iniciar terapêutica antidepressiva (10%).

“...eles têm por vezes uma má adesão à terapêutica. Têm muita resistência à toma de medicação porque acham que vão ficar dependentes...”

“No caso dos idosos, (...) estão medicados com muitas benzodiazepinas e não querem abandonar essas terapêuticas, o que torna difícil a introdução de outros fármacos...”

Relativamente aos comportamentos e atitudes dos doentes com diagnóstico de depressão, foram identificadas como as principais dificuldades a falta de suporte familiar e social, que resulta numa maior necessidade de intervenção por parte do médico de família e que foi identificado em 25% das respostas, assim como a dificuldade na mudança do contexto disfuncional no qual o doente se encontra inserido e que em muitos casos contribui para o quadro depressivo.

“O apoio familiar também ajuda muito a mudança de atitude(...). Em geral, pessoas que vivem sozinhas a adesão à terapêutica costuma ser pior e também o risco de suicídio é maior.”; “...tem uma rede de suporte, que é ainda mais importante quando depois se termina a terapêutica. Quando não há [uma rede de suporte], o trabalho tem que ser feito essencialmente através de nós.”

“...geralmente as pessoas têm uma disfunção de alguma coisa, um fator de risco, ou é um trabalho que não gostam, ou o desemprego, uma disfunção

familiar, uma relação conjugal complicada e acontece que eles até melhoram com o antidepressivo, mas as outras coisas não mudam.”

Também identificadas foram a falta de ferramentas dos doentes para promoverem as mudanças necessárias na sua vida (20%) e a resistência à mudança dos comportamentos (20%), muitas vezes provocada pela atitude de bloqueio em que os doentes com perturbação depressiva se encontram, como referido por um dos entrevistados.

“Muitos doentes percebem que têm que mudar, mas não tem a capacidade, as ferramentas para realmente mudar as atitudes no dia a dia...”

“Os doentes deprimidos são muitas vezes doentes que acabam por culpar os outros ou as situações em que se encontram pela sua frustração e mal-estar, não aderem a psicoterapia mesmo quando é recomendada e há no geral uma resistência à mudança...”

Por fim, como outros fatores foi referida a dificuldade no seguimento dos doentes, principalmente devido ao abandono da consulta (20%).

C. Utilização de escalas de rastreio

De entre os 24 médicos que responderam a esta questão, a grande maioria (83,3%) referiu não usar escalas de rastreio na sua prática clínica diária, uma vez que não consideram a sua utilização necessária. De entre os 16 médicos que apontaram uma razão para a não utilização das escalas de rastreio, a razão mais frequentemente apresentada foi o conhecimento prévio que o médico adquire do doente e que torna desnecessário o recurso a escalas (50% das respostas). Também foi apontada a falta de tempo em consulta para a aplicação deste procedimento demorado (25% das respostas) ou o recurso a história clínica para identificação dos fatores de risco de cada doente (18,8%).

“...não tenho tempo para isso. Enquadro-os no que conheço da família, sei históricos de risco, antecedentes familiares ou pessoais de suicídio ou internamentos graves.”; “Com a experiência vamos ganhando sensibilidade. Acabo por ir lá (...) pelo conhecimento que já tenho dos doentes...”

A razão menos referida (por apenas 1 dos médicos entrevistados) foi o risco de sobrediagnosticar uma depressão ao incentivar o doente a abordar este tema.

“Eu não pergunto diretamente às pessoas se estão tristes, porque acho que isso vai desencadear as queixas e (...) as pessoas podem estar tristes por muitas razões que não uma depressão.”

4.2.3 RECURSOS PARA REFERENCIAÇÃO

A. Referenciação para Psicologia e psicoterapia

18 dos 25 entrevistados afirmam encaminhar doentes para psicoterapia ou apoio psicológico, sendo que 50% inicia esse acompanhamento em simultâneo com a medicação. Também 50% identificaram que a disponibilidade de apoio psicológico no SNS é muito limitada, pelo que 22% optam por sugerir aos doentes o acompanhamento em Psicologia no serviço privado.

“Nos centros de saúde não se faz psicoterapia e acabamos por sobremedicar porque não temos recursos psicológicos”

“Psicoterapia não é comparticipada no SNS, há algum acompanhamento psicológico aqui no centro de saúde, mas não sei se se pode considerar uma psicoterapia.”; “em Santa Maria só têm psicoterapia de grupo e mesmo para essa os doentes têm dificuldade em entrar, por isso o apoio não é muito”

“Se estivesse no particular, acho que iniciava psicoterapia em quase todos.”

De entre esses 18 médicos, 38,9% referiram a importância da existência de apoio psicológico no centro de saúde e a facilidade em obter *feedback* acerca dos doentes pelas psicólogas do centro de saúde, que permite um acompanhamento multidisciplinar.

“Em muitos casos referencio para a psicologia aqui no centro e falo pessoalmente com as colegas e discuto o doente”; “Eu tenho uma boa relação com as psicólogas aqui do centro e falo muito com elas e fazemos até muitas vezes planos de tratamento conjuntos.”

27,7% dos médicos afirmaram referenciar os doentes com diagnóstico de depressão para esse apoio psicológico no centro de saúde.

B. Referenciação para Psiquiatria

A maioria dos médicos entrevistados mencionaram já ter tido necessidade de referenciar doentes para a consulta hospitalar de Psiquiatria, exceto um, que mencionou nunca ter referenciado e 3 dos 25 entrevistados mencionaram fazê-lo muito raramente. No entanto, 24% dos médicos identificaram que a resposta da Psiquiatria é muito demorada, o que prejudica a orientação destes doentes.

“O problema é que a consulta de psiquiatria tende a demorar cerca de 4 a 5 meses”; “... quando [o doente] lá chegar daqui a 3 meses já a situação vai ser muito mais grave.”

“As referenciações para o exterior são difíceis e eles sabem disso então muitas vezes vão diretamente ao Psiquiatra no privado.”

Pela mesma razão, 16% dos entrevistados referiram ter necessidade de encaminhar os doentes para a urgência hospitalar em casos que necessitem de seguimento mais imediato ou quando sejam identificados critérios de gravidade.

“Se vejo que estão mesmo no fim de linha e sabendo que a referenciação demora demasiado tempo, eu (...) acabo por enviar diretamente para a urgência...”; “Casos que haja ideação suicida ou comportamentos auto-lesivos, não deixo sem apoio, mas oriento sempre para a urgência”

Apenas 2 dos 25 entrevistados não identificaram em que casos referenciavam e 1 dos entrevistados admitiu referenciar todos os doentes com depressão.

De entre as 22 respostas analisadas, o critério de referenciação mais frequentemente referido foi a ineficácia terapêutica, referida em 73% das respostas.

“...só quando a medicação não funciona após tentar dois esquemas terapêuticos e aguardar as quatro semanas pela melhoria dos sintomas, só aí se não tiver melhoria é que encaminhado normalmente para a Psiquiatria.”;

“...normalmente encaminho doentes que são mais complicados (...) refratários à terapêutica, que tento alterar uma ou duas vezes e não obtenho resposta.”

Seguidamente, os mais referidos foram a presença de critérios de gravidade (36,3% dos entrevistados), nomeadamente ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, psicose ou doentes sem suporte familiar e os casos de depressão associada a outra patologia psiquiátrica, mencionado em 32% das respostas a esta questão.

“Por vezes quando são depressões muito graves, com ideação suicida, às vezes até com tentativas (...) de suicídio, tenho muita dificuldade em lidar com esses doentes e (...) temos mesmo que ter o apoio do psiquiatra.”; “Ou então em casos graves, como se houver ideação suicida, (...) envio logo.”

Menos mencionados foram a depressão grave ou crónica (27,2% dos entrevistados), 18% dos médicos afirmaram referenciar quando têm dúvidas no diagnóstico ou em casos em que o doente pede para ser referenciado e 14% mencionaram os casos de polimedicação como critério de referenciação.

“Depois algumas situações sobretudo em que a pessoa parece ter um quadro depressivo, mas também há queixas mnésicas...”

“Há doentes que chegam cheios de benzodiazepinas, que foram acumulando ao longo dos anos e começo logo por pedir à psiquiatria que formule um plano terapêutico.”

“Nos que pedem para serem seguidos no Psiquiatra. Se pedem, acho que tenho sempre que ter isso em conta...”

4.2.4 FORMAÇÃO

Relativamente ao quarto tema, que se prende com a perceção da necessidade de formação para a temática do diagnóstico e tratamento da depressão nos Cuidados de Saúde Primários, foram analisados 3 subtemas. Foi referido por 3 dos médicos entrevistados que a Saúde Mental é uma área para a qual há atualmente poucas oportunidades formativas, principalmente quando comparado com outras áreas da Medicina.

“Comparativamente a outras áreas de formações que nós temos acesso, na área cardiovascular por exemplo, (...) são muito mais raras e é muito mais difícil termos essa formação.”

A. Comunicação com a Psiquiatria

De entre os 25 médicos que foram entrevistados, 8 deles mencionaram a realização de reuniões clínicas de frequência semanal que decorriam no centro de saúde no passado e que permitiam a discussão de casos clínicos com os especialistas de Psiquiatria e ainda a apresentação de temas de Saúde Mental relevantes para a prática de MGF. Essas reuniões eram consideradas por estes profissionais como sendo uma oportunidade de aprendizagem e uma forma de melhor orientar o seguimento dos doentes com patologia psiquiátrica. Apenas um dos entrevistados referiu não ter interesse nessas sessões.

“Chegamos a ter cá um colega de Psiquiatria (...), que nos tirava as dúvidas e facilitava o encaminhamento para o hospital de Santa Maria. Era muito útil porque ele trazia conceitos que já estavam esquecidos e lembrava terapêuticas alternativas. (...) Todas as semanas tínhamos uma reunião clínica e uma reunião educativa em que ele nos apresentava um tema e (...) pedia a nossa opinião sobre que temas seriam mais úteis e era sempre muito elucidativo.”

“Nós tínhamos, há 3 ou 4 anos, umas sessões de consultoria em que tirávamos as dúvidas, tínhamos apresentação de temas...”

B. Tipos de formação úteis

Os entrevistados foram interrogados quanto ao método formativo que seria mais interessante adotar e foram obtidas 5 respostas. 3 dos entrevistados mencionaram preferir a apresentação de temas e discussão de casos clínicos e 2 deles sessões de esclarecimento de dúvidas.

“Sessões por exemplo semanais em que houvesse discussão de casos clínicos, acho que se aprende muitíssimo a ouvir outras opiniões e outras perspetivas.”

C. Temas a ser incluídos na formação

Quanto aos temas que seria interessante abordar numa formação sobre o diagnóstico e intervenção em doentes com depressão nos CSP, foram obtidas 22 respostas nas entrevistas. Os temas mais frequentemente referidos foram a atualização de terapêutica farmacológica e estratégias de comunicação com o doente em Saúde Mental (ambos em 36% das respostas).

“... apenas seria interessante saber se há fármacos novos, que tenham provas dadas que tenham resultados melhores do que os que usamos.”

“...alguns mecanismos da relação com o utente, (...) para melhorar a comunicação com o doente, motivacionais, entrevista, comunicação em geral”

22,7% dos médicos mencionaram uma revisão geral de toda a temática da depressão. Referidos por 14% dos entrevistados foram outras temáticas como uma revisão dos critérios de diagnóstico, a relação da depressão com outras patologias psiquiátricas e os recursos disponíveis para a referenciação e encaminhamento destes doentes.

“... ajudar a perceber melhor quando referenciar o doente, que recursos temos à nossa disposição e sabermos um pouco (...) ao estarmos a encaminhar, o que lhe estamos a oferecer.”

Menos frequentemente referidos foram a gestão da insónia e ansiedade na depressão, a intervenção na depressão em diferentes faixas etárias e terapêuticas não farmacológicas (18%) como estratégias de psicoterapia a aplicar em consulta de MGF.

“Eu gostava de ter alguma formação em psicoterapia, (...) algumas noções para conseguir pôr isso em prática na consulta. (...) conhecer melhor os conceitos e como os aplicar com os doentes.”

“Um dos temas é a depressão em várias faixas etárias, nomeadamente nos idosos, nos adolescentes e nas crianças mais novas (...).”; “Também uma abordagem que distinguisse entre os grupos etários, diferentes terapêuticas e abordagens consoante a idade.”

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, todos os médicos entrevistados afirmaram seguir um elevado número de doentes com depressão e ter uma elevada carga de consultas associadas a esta patologia, dados estes que corroboram a elevada prevalência da perturbação depressiva na população portuguesa (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016).

Os dados recolhidos acerca da estimativa da prevalência desta patologia nas listas de doentes dos médicos de MGF questionados levam a crer que esses valores são sobrestimados pelos mesmos, visto que foram mencionadas percentagens entre os 30 e 80% por 45,5% dos entrevistados, muito superiores àquelas apresentadas nos dados da DGS de 2016, que estimam que um total de 9,32% dos doentes seguidos nos CSP em Portugal sofrem de perturbações depressivas (Direção Geral da Saúde, 2017).

Estes dados podem ser justificados por uma maior atenção dos clínicos para quadros mais leves de patologia, porque estão mais alerta para esta realidade, ou pelo facto de se tratar frequentemente de doentes mais apelativos, com maior necessidade de consultas e que são, por essa razão, vistos pelo médico com mais regularidade, como foi também referido por alguns dos médicos entrevistados.

Dada a incapacidade de todos os doentes serem seguidos em consultas da especialidade, uma grande parte dos doentes tem o seu seguimento unicamente nas unidades de CSP (Kendrick T. , 2013). É de extrema importância que o profissional de saúde esteja preparado para efetuar um diagnóstico correto atempadamente (Craven & Bland, 2013). Por esta razões, é necessário investir na formação destes profissionais, como forma de aumentar as taxas de diagnóstico, que rondam atualmente os 47%, segundo dados de 2013 (Craven & Bland, 2013), e reduzir a morbilidade associada à depressão. Apenas 32% dos médicos afirmaram ter a formação necessária para o diagnóstico e tratamento da depressão e, de entre os que gostariam de ter mais formação, uma grande percentagem afirmou não lhe serem dadas oportunidades formativas suficientes, no SNS ou por outras vias.

Pela análise mais atenta dos resultados, percebemos que dos 7 médicos que consideraram não necessitar de mais formação, 3 deles não têm experiência prévia em Psiquiatria, à exceção de formações pontuais. Este facto pode ser justificado pela falta de

motivação dos clínicos em fim de carreira para a aquisição de novos conhecimentos. Os restantes 4 médicos que afirmaram não necessitar de mais formação tinham já experiência prévia em Psiquiatria.

De todos os médicos que referiram ter feito o estágio de 2 meses em Psiquiatria durante o seu internato de formação específica de MGF, 86% referiu necessitar ainda assim de mais formação, o que pode inferir que estão mais alerta para as perturbações depressivas, para a complexidade desta patologia e para as limitações do seu conhecimento. Esta falha poderia ser colmatada com um maior período de estágio em Psiquiatria durante o internato de MGF, dada a relevância da patologia psiquiátrica neste contexto (Direção Geral da Saúde, 2017) ou com a disponibilização de maior variedade e frequência de formações pós-graduadas nesta área.

De entre os médicos entrevistados, 68% afirmou não ter as ferramentas necessárias para um bom seguimento destes doentes, no que diz respeito à formação, o que pode ajudar a compreender a baixa taxa de tratamento e cuidados adequados prestados a doentes com depressão nas UCSP, que ronda os 31,4% (Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013).

Os dados recolhidos quanto aos temas mais pertinentes de abordar dão-nos uma boa noção de quais as maiores lacunas no conhecimento dos clínicos de MGF para a perturbação depressiva. Temas que digam respeito ao diagnóstico foram muito pouco referidos, o que indica que as necessidades dos médicos de MGF se prendem essencialmente com as opções terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, com a referenciação e com a comunicação com doentes com diagnóstico de depressão.

Foi frequentemente referida a necessidade de atualização terapêutica, pois, como referido por alguns, consideram que ao longo da sua prática clínica limitam o uso de fármacos antidepressivos a apenas um ou dois fármacos de cada classe, acabando por restringir as suas opções àquelas com que se sentem mais confortáveis. Seria interessante elaborar esquemas terapêuticos adequados a diferentes quadros e faixas etárias e colocá-los à disposição dos médicos de MGF em formato de *guidelines* ou panfletos informativos. No que diz respeito à comunicação com doentes com depressão, o recurso a modelos de

role-play para ajudar na criação de dinâmicas da relação com o doente poderia revelar-se útil.

Visto que muitos dos médicos entrevistados afirmaram ter beneficiado das sessões clínicas que decorriam no centro de saúde de frequência semanal, com possibilidade de discussão de casos clínicos com esclarecimento de dúvidas e apresentação de temas da área da Saúde Mental, poderia ser interessante retomar esta abordagem.

A relação médico-doente é descrita na literatura como “uma relação consensual na qual o paciente conscientemente procura a assistência do clínico e o clínico conscientemente aceita essa pessoa como seu paciente” (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015). Foram identificados maioritariamente pontos positivos desta relação, o que leva a crer que a mesma tem um papel benéfico no diagnóstico e tratamento da depressão (Cape, 2000; Berger, Bulmash, Drori, & Herstein, 2020). Os pontos negativos foram referidos muito pontualmente. Os dois elementos da RMD mais frequentemente referidos e que assumem especial importância, de acordo com os clínicos entrevistados, para uma relação saudável foram a confiança mútua que se gera entre o médico e o doente e o conhecimento adquirido pelo médico em relação tanto ao doente como à sua família.

Quanto à confiança, foi bastante referida a facilidade do doente em demonstrar as suas fraquezas e a sua tristeza perante um médico em quem confia. Esta abordagem facilita o diagnóstico ao promover uma maior abertura para a partilha das queixas, muitas vezes mascaradas pelos doentes numa tentativa de esconder as suas fraquezas. Também relacionado com a confiança foi referida a facilidade do clínico em promover mudanças no comportamento do doente por permitir uma abordagem mais incisiva.

O respeito como pilar da relação médico-doente (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015) foi abordado na perspectiva da compreensão, em que o médico se coloca do lado do doente e demonstra a sua empatia para com este e com o seu sofrimento. A compreensão torna-se fundamental na depressão. Trata-se uma patologia que envolve comprometimento de função no dia-a-dia dos doentes e consequente sofrimento (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) e “sensação de que estão a falhar no seu próprio papel”, como foi referido por um dos entrevistados, com uma forte componente de estigma social e, muitas vezes, familiar. Os doentes com depressão sentem-se frequentemente

incompreendidos e o facto de o MF permitir o espaço para o doente expressar as suas preocupações leva o doente a sentir-se compreendido e a relação médico-doente adquire nestas situações um importante papel terapêutico, além de sair fortalecida após esta interação.

A qualidade da relação foi a categoria mais mencionada, tendo o conhecimento sido abordado de três perspetivas complementares. Pelo facto de se tratar de uma patologia que não apresenta critérios de diagnóstico objetivos, como exames de imagem ou laboratoriais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013*), o conhecimento que o médico adquire do doente é, no que diz respeito ao diagnóstico, o fator mais importante desta relação. O médico consegue detetar alterações do comportamento do doente, antes mesmo de este verbalizar as suas queixas, e conhece os antecedentes pessoais do doente e os seus fatores de risco para perturbação depressiva. Estas condições demonstram-se extremamente favoráveis quando o clínico está perante um diagnóstico de depressão. Foi mencionado pelos entrevistados a dificuldade em fazer um diagnóstico quando não conhecem previamente os doentes e não se encontram na posse de todos os elementos necessários a um diagnóstico psiquiátrico.

Para além do conhecimento que o médico adquire do doente, é ainda extremamente relevante o conhecimento que o médico tem de toda a família. Demonstra-se útil para conhecer fatores de risco familiares que possam ajudar no diagnóstico, mas também quando é necessário o recurso à família como suporte no tratamento da depressão. O MF consegue mais facilmente criar alianças entre os familiares e fortalecer desta forma a compromisso terapêutico.

Ainda o conhecimento do ambiente social em que o doente se insere permite ao MF mobilizar os recursos necessários para apoiar o doente na mudança comportamental necessária para a recuperação e prevenção de recaídas. Esta perspetiva corrobora a ideia de que a abordagem dos CSP permite a colaboração com o doente na melhoria da sua rede de suporte, das capacidades afetivas e emocionais e no combate a elementos desestabilizadores como violência ou abusos através da intervenção social (Kendrick T. , 2013).

Há ainda uma quarta perspetiva que diz respeito ao conhecimento que o doente adquire do médico e que é um importante diferenciador da qualidade da relação e da facilidade do doente em aderir ao tratamento que lhe é proposto.

A consulta de MGF no centro de saúde permite uma abordagem mais próxima e direta, muito diferente daquela que é possível obter em consultas hospitalares de Psiquiatria. Esse seguimento mais apertado resulta em ajustes terapêuticos mais frequentes até atingir a otimização terapêutica, em maior perceção da adesão ou não do doente à terapêutica antidepressiva e/ou à psicoterapia. Quando o doente não aceita iniciar terapêutica ou o seguimento em Psicologia numa primeira abordagem, há a possibilidade de alterar o plano terapêutico a pedido do doente num segundo tempo de tratamento. Todas estas vantagens demonstram a importância do seguimento em MGF, inclusive dos doentes seguidos em Psiquiatria. É de extrema importância um seguimento mais apertado, principalmente nas primeiras seis semanas de tratamento, quando ocorre o maior risco de descontinuação do tratamento, abandono do seguimento, vulnerabilidade ao suicídio e recorrência da doença (Sirey, et al., 2017).

Uma aliança terapêutica positiva, que consiste numa relação entre doente e médico colaborativa e positiva, demonstrou estar relacionada com o prognóstico clínico, de forma transversal a diferentes terapêuticas e patologias (Cape, 2000). A não adesão à terapêutica antidepressiva é o maior desafio para a qualidade dos cuidados na perturbação depressiva (Sirey, et al., 2017) e depende em grande medida do envolvimento do doente no processo de decisão. Este envolvimento foi considerado na análise dos resultados como um tema isolado, no entanto apresenta uma forte relação com a RMD por ser através da comunicação, feita de forma eficaz e eficiente, que o médico consegue colocar-se do lado do doente e estimular o processo terapêutico. Adquire um papel estruturante da RMD porque apenas com base na comunicação se consegue elevar os restantes elementos da relação.

No que diz respeito ao envolvimento do doente no processo de decisão, pela análise das respostas, podemos interpretar que 4 dos 24 médicos que responderam a esta questão baseiam a sua prática no modelo ativo-passivo, considerando que o doente não tem o conhecimento necessário para participar na decisão acerca do plano terapêutico. Quando

posteriormente questionados acerca das dificuldades sentidas no tratamento destes doentes, um desses médicos referiu o abandono da terapêutica devido aos efeitos adversos dos fármacos ou o abandono precoce pela sensação de melhoria sintomática e os restantes 3 médicos identificaram como principal dificuldade a não adesão à terapêutica instituída. Este dado curioso permite-nos inferir sobre a importância da inclusão do doente, tanto pela explicação do plano terapêutico e dos efeitos adversos esperados como pela concordância do doente com o tratamento proposto.

De entre os 18 médicos que referiram de que forma incluíam o doente no processo de decisão (uma vez que dois dos entrevistados não reportaram nenhum método), 61% referiram apenas a explicação da proposta terapêutica e dos efeitos secundários, o que leva a crer que se enquadrem num modelo de orientação-cooperação, incluindo o doente no processo de decisão, mas sendo o médico a tomar a decisão e a colocar-se num papel de poder face ao doente e 38,9% afirmaram ter em conta a opinião do doente na formulação do plano ou a apresentação da sua proposta a ser discutida com o doente, o que leva a crer que a sua abordagem esteja mais perto de um modelo de mútua cooperação, ainda que apenas um dos entrevistados tenha mencionado o “método da decisão partilhada” ao longo da entrevista.

A maioria dos entrevistados referiu a inclusão do doente no plano terapêutico como um fator essencial para melhorar a adesão terapêutica e com elevada influência no prognóstico, visto que, de acordo com a literatura, melhora o conhecimento para a doença e opções terapêuticas, perceção do risco e satisfação com as decisões tomadas, tanto do clínico como do doente (Coronado-Vázquez, et al., 2020).

Os pontos negativos da relação médico-doente foram muito pouco referidos. O medo do doente em desiludir o MF por demonstrar as suas fraquezas ou por expor assuntos pessoais ou familiares que o envergonham é um fator inerente à relação médico-doente e ao facto de o médico de família ser considerado como alguém próximo ou importante na família. Estes pontos adquirem menor relevância na consulta de Psiquiatria, pelo que a avaliação nesta consulta deve ser ponderada em doentes em que estes fatores dificultem o diagnóstico. A avaliação pela Psicologia recorre a estratégias de comunicação diferentes das usadas pelo médico de MGF, pelo que pode revelar-se útil.

Da análise de dados, surgiram também algumas considerações relativas aos fatores que influenciam negativamente a RMD. Ao contrário dos pontos negativos, que se referem a características da RMD que, pela sua natureza, podem criar constrangimentos à comunicação, os fatores que influenciam negativamente a RMD incluem todos os acontecimentos ou situações externas à relação que podem levar a que não se estabeleça uma relação saudável entre médico e doente (ou prejudicar uma relação previamente saudável). Estão descritas na literatura quatro categorias de fatores: fatores do doente, fatores do médico, fatores de incompatibilidade entre médico e doente e fatores externos que se relacionam com a organização do sistema de saúde (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015). Na análise das entrevistas, foi possível identificar nas respostas dos entrevistados fatores que estão incluídos em praticamente todas as categorias, à exceção dos fatores de incompatibilidade entre médico e doente, talvez por as entrevistas terem sido realizadas num meio restrito onde o aparecimento de doentes de outras culturas ou línguas é menos frequente.

Quanto aos fatores do doente, foi identificada a dificuldade na relação com um doente novo, referido por 24% dos entrevistados, em que não há confiança pré-estabelecida ou conhecimento prévio adquirido (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015) e também doentes com personalidades difíceis de gerir, descritos como “doente manipulador” por alguns dos entrevistados (8%), que procura intencionalmente obter um certificado de incapacidade temporária simulando os sintomas depressivos. A perceção pelo médico de MGF desta segunda intenção do doente dificulta a criação de uma relação de confiança. Foi também referido o caso em que o doente não confia no julgamento do médico e procura uma segunda opinião, o que acaba por gerar instabilidade na relação.

Fatores do médico como o seu estado emocional ou falta de realização profissional podem contribuir para um défice de atenção e de comunicação (Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015) e levar a perda de confiança do doente no médico. No entanto este fator foi referido apenas por um dos médicos entrevistados. Um fator que foi identificado por 20% dos entrevistados e que não estava descrito no artigo mencionado refere-se a situações em que a terapêutica sugerida pelo médico não tem benefício terapêutico, ou adicionalmente, apresenta efeitos negativos prejudiciais para o doente, o que resulta numa quebra da confiança do doente no médico, e que pode ser prevenida havendo uma decisão

terapêutica partilhada com a explicação de todos os possíveis efeitos secundários. Desta forma, o doente está preparado ao ter conhecimento dos riscos da terapêutica. Caso seja necessário, pode recorrer-se ao apoio da Psiquiatria como forma de preservar a relação de confiança pré-estabelecida entre o MF e o doente.

Dos fatores externos que se relacionam com a organização do sistema de saúde, foram apenas referidas, em 20% das respostas, as consultas telefónicas ou não presenciais, que se tornam cada vez mais frequentes, principalmente após a pandemia de COVID-19, e impedem o contacto pessoal com o doente, dificultando o seguimento.

A importância da relação médico-doente e o seu potencial terapêutico têm sido reconhecidos ao longo do tempo, especialmente pelos seus benefícios psicológicos (Cape, 2000). A facilidade de diagnóstico e tratamento de quadros depressivos quando existe uma relação estabelecida com o médico de família permite-nos entender a importância do seguimento de todos os doentes em MGF.

Muitos doentes sem médico são diariamente observados nas UCSP e, como foi referido por alguns entrevistados, são esses os doentes com maior risco de ter uma depressão não diagnosticada e não tratada. Esse facto associado a que uma grande percentagem dos doentes em Portugal não tem seguimento regular no médico de família pode ajudar a justificar as baixas taxas de diagnóstico de perturbação depressiva nos CSP, que alguns estudos internacionais estimam entre os 47% e os 72% (Aragonès, Piñol, Labad, Folch, & Mèlich, 2004; Craven & Bland, 2013) e o facto de apenas 31,4% dos doentes diagnosticados com depressão receber cuidados adequados em Portugal (Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013). Algumas das metas do Programa Nacional para a Saúde Mental para 2020 relacionavam-se com o aumento da acessibilidade e qualidade do tratamento das perturbações psiquiátricas nos CSP. No entanto ainda não existem dados que permitam avaliar os resultados (Direção Geral da Saúde, 2017).

Doentes que não têm médico de família atribuído são atendidos por um médico diferente cada vez que se deslocam ao centro de saúde, impossibilitando um seguimento regular e o estabelecimento de uma relação médico-doente saudável. Tal como foi referido nas entrevistas, em doentes cujo historial clínico não é conhecido, torna-se muito mais difícil iniciar terapêutica e opta-se, em várias situações, por não o fazer.

Relativamente às principais dificuldades sentidas pelos médicos de MGF no diagnóstico da depressão, a dificuldade mais referida foi a falta de tempo em consulta para abordar a complexidade da doença mental. As consultas de MGF têm a duração estimada de 15 minutos e espera-se uma abordagem holística do doente, sobrando muito pouco tempo para permitir ao doente manifestar as suas inquietações e os sintomas depressivos passam frequentemente despercebidos, principalmente em doentes com múltiplas patologias e comorbilidades (Irving, et al., 2017). Um estudo recente realizado a nível mundial revela que um em cada três clínicos dos CSP estão insatisfeitos com o tempo disponível por doente (Osborn, et al., 2015; Irving, et al., 2017) e é sugerido que consultas mais curtas comprometem os cuidados prestados (Irving, et al., 2017). Estes números são corroborados pelo nosso estudo em que 57% dos entrevistados referiram a falta de tempo em consulta como um entrave ao diagnóstico de depressão.

Adicionalmente, o estigma associado à doença mental foi referido por uma percentagem significativa dos entrevistados (39%). O estigma público, o auto-estigma e a discriminação estrutural prejudicam os doentes e influenciam negativamente o curso da doença pois levam o doente a esconder as suas queixas ou impedem a procura por ajuda profissional (Schomerus & Riedel-Heller, 2020). Associada ao estigma social, encontra-se outra dificuldade identificada: a dificuldade dos doentes em expressarem-se. Se por um lado pode ser justificada pela dificuldade em identificarem os próprios sintomas, agravado pela iliteracia em saúde na população portuguesa (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016), por outro lado pode ser motivada pela incapacidade de o doente assumir os seus sintomas, relacionado com o medo de ter um diagnóstico de depressão (Schomerus & Riedel-Heller, 2020).

A somatização da doença mental, referida por 13% dos médicos como uma barreira ao diagnóstico de depressão, é um diagnóstico clínico designado no DSM-V como perturbação de sintomas somáticos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) e descrito como sendo incitado por normas culturais e sociais que desvalorizam e estigmatizam o sofrimento psicológico em comparação com o sofrimento físico (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Tem desta forma uma forte relação com o estigma social da doença mental e é um tema para o qual os médicos de família devem

estar alerta para que seja feito um acompanhamento adequado destes doentes (Miguel & Sá, 2010).

As dificuldades identificadas na intervenção em doentes com um diagnóstico de depressão foram, na análise dos dados, divididas em três categorias, sendo elas a terapêutica, os comportamentos e atitudes e outros.

Quanto à terapêutica, a principal dificuldade, identificada por 35% dos entrevistados, foi a má adesão terapêutica, considerado o maior entrave ao tratamento da depressão (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2018). Encontra-se frequentemente associada ao preconceito dos doentes quanto a terapêuticas antidepressivas, por considerarem que vão ficar dependentes ou sem conseguir desenvolver as suas atividades diárias. Também este preconceito se associa ao estigma referido anteriormente e muitos doentes referem mesmo que “não estão malucos e não vão tomar medicação para malucos”, como foi referido por alguns dos entrevistados.

Estudos prévios demonstraram que 30% dos doentes aderem à terapêutica inicialmente, acabando por abandonar de forma precoce (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2018; Bollini, Pampallona, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 1999). Como fatores que contribuem para esse abandono foram identificados as características da doença e do doente, os efeitos secundários, o tempo decorrido até o fármaco ter efeito e a relação médico-doente (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2018). Alguns destes fatores foram também referidos no nosso estudo, nomeadamente os efeitos secundários, mencionado por 20% dos médicos, e a ineficácia do tratamento nas primeiras semanas (por 10% dos entrevistados). Foi adicionalmente referida, por 15% dos entrevistados, a melhoria sintomática que ocorre nas primeiras semanas do tratamento e que leva muitas vezes, principalmente nos doentes mais jovens, ao abandono precoce da terapêutica, possivelmente justificado pelo receio de dependência dos fármacos a longo prazo.

Outra dificuldade referida relativamente à terapêutica foi os casos de polimedicação em idosos. Nestes doentes revela-se difícil a gestão da introdução de novos fármacos (10%). Seria de esperar que as taxas de referenciação à Psicologia fossem mais altas, pela dificuldade em iniciar farmacoterapia, no entanto, estudos prévios mostram que no grupo dos doentes com idade avançada e comorbilidades, as taxas de referenciação para

psicoterapia são ainda assim mais baixas quando comparado com as restantes faixas etárias (Kendrick T. , 2013).

Quanto às mudanças comportamentais, muitos dos entrevistados mencionaram a falta de ferramentas dos doentes para promoverem as mudanças necessárias na sua vida (20%), a dificuldade em mudar o contexto disfuncional no qual o doente se encontra inserido (25%) e a resistência à mudança de comportamentos (20%), muitas vezes agravada pela atitude de bloqueio e anedonia em que o doente se encontra. O recurso a técnicas de psicoterapia adequadas a cada doente pode revelar-se útil como forma de reverter estas barreiras. A dificuldade no acesso a apoio psicológico, como vai ser desenvolvido mais adiante, dificulta as alterações de comportamento, pois ainda que os doentes possam iniciar terapêutica farmacológica, é essencial terem as ferramentas psicológicas para promover a mudança necessária face às situações que contribuem para o quadro depressivo.

A falta de apoio familiar e social foi referida como sendo um dos fatores que prejudica o tratamento, identificado por 25% dos entrevistados. As taxas de suicídio são maiores em doentes sem suporte familiar, pelo que estes casos necessitam de especial atenção por parte do MF e colaboração na criação de uma rede de suporte.

Alguns estudos indicam que muitos médicos optam por continuar a basear a sua avaliação apenas no julgamento clínico, ainda que sejam colocadas à sua disposição escalas para avaliação da gravidade da depressão (Kendrick T. , 2013). Estudos prévios reportam que a recusa ao uso de escalas de rastreio leva a que muitos doentes, principalmente aqueles com idade avançada e comorbilidades, não sejam diagnosticados ou tratados adequadamente (Kendrick T. , 2013). Nos dados recolhidos no presente estudo, 83,3% dos entrevistados afirmaram não recorrer a escalas de rastreio na sua prática clínica. Foram identificadas algumas razões que justificam esta taxa, entre elas a relação médico-doente existente que promove o conhecimento prévio dos fatores de risco do doente (50% das respostas), a falta de tempo em consulta para a aplicação deste procedimento demorado (25% das respostas) ou o recurso único à história clínica para identificação dos fatores de risco de cada doente (18,8%).

Por fim, uma razão que foi apontada apenas por um dos médicos foi o risco de sobrediagnosticar uma depressão num doente “que esteja apenas triste” ao questionar

especificamente sobre os critérios (Aragonès, Piñol, Labad, Folch, & Mèlich, 2004). Ainda que as taxas de sobrediagnóstico aparentem ser reduzidas e rondar os 12% (Kendrick, King, Albertella, & Smith, 2005), é um fator que deve ser tido em consideração aquando da utilização de escalas de rastreio.

Como foi previamente referido, alguns dos principais entraves ao tratamento dos doentes com depressão prendem-se com a necessidade de modificação dos pensamentos negativos que afetam o comportamento. É preciso dar ao doente as ferramentas para a promoção de atividades positivas e o aumento das interações e relações interpessoais benéficas (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016). Fica assim clara a importância do seguimento destes doentes em consulta de Psicologia e o recurso a alguma forma de apoio psicológico.

Nos CSP estão disponíveis consultas de Psicologia, para as quais os médicos de MGF podem referenciar os doentes seguidos no centro de saúde e onde estes têm acesso a apoio psicológico. Quando este tipo de apoio não é suficiente, os doentes podem ser referenciados para a Psicologia hospitalar, que dispõe de mais meios e onde é possível o recurso a psicoterapia. Os recursos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde não são suficientes para todos os doentes que necessitam de apoio psicológico, o que foi referido por 50% dos entrevistados, e uma parte dos doentes não inicia seguimento em nenhum destes contextos, o que impede que sejam prestados os cuidados adequados, prejudicando o prognóstico do doente.

Acerca da referenciação para apoio psicológico ou psicoterapia, 72% dos entrevistados afirmou fazer essa referenciação em alguns casos, sendo que desses cerca de 30% afirmaram encaminhar para o apoio psicológico no centro de saúde e 40% reportaram a importância da colaboração entre o médico de MGF e o psicólogo no CS. Esta abordagem multidisciplinar permite ter *feedback* acerca da evolução dos doentes, o que se torna mais difícil quando os doentes são seguidos em contexto hospitalar.

Quase todos os médicos inquiridos afirmaram encaminhar doentes para a consulta de Psiquiatria em diversas situações. No entanto, à semelhança do que acontece com a Psicologia, os recursos que existem no SNS são limitados e foi referido por 24% dos médicos que a resposta é muito demorada, o que muitas vezes influencia negativamente o

seguimento. Na literatura, ainda que não estejam descritos critérios de referenciação rígidos, a maioria dos autores recomenda a referenciação nas seguintes situações: critérios de gravidade como ideação suicida ou psicose, doença psiquiátrica grave associada à depressão, incertezas quanto ao diagnóstico e ineficácia da terapêutica de 1ª linha, que se entende por ausência de melhoria após as primeiras 6 semanas de farmacoterapia com antidepressivo (Madeira, 2001; Park & Zarate, 2019).

Na análise dos dados recolhidos nas entrevistas, os critérios de referenciação apurados foram muito semelhantes. Os critérios mais referidos foram falha terapêutica (73% dos entrevistados), presença de critérios de gravidade como ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, psicose ou falta de suporte familiar (36,3% dos entrevistados) depressão associada a outra patologia psiquiátrica (32%) e dúvidas no diagnóstico (18%). Adicionalmente, foram referidas três situações menos frequentes em que os médicos mencionaram referenciar, como casos de depressão crónica ou grave (27,2% dos entrevistados), quando o doente pede para ser seguido na Psiquiatria (18%) ou doentes polimedicados em que é difícil elaborar um plano terapêutico (14%). Num estudo realizado nos CSP em Portugal em 2001 (Madeira, 2001), 45,7% dos doentes eram erradamente referenciados para a consulta de Saúde Mental, o que, confrontado com os dados apresentados no presente estudo, parece significar que os critérios de referenciação são atualmente mais bem aplicados.

Foi referido que em casos de ineficácia terapêutica, os clínicos sentem dificuldade em fazer ajustes terapêuticos, o que resulta em maior referenciação para a consulta hospitalar de Psiquiatria. Se os médicos de MGF tivessem a capacidade de otimizar essas terapêuticas na sua consulta, seria possível retirar alguma carga das consultas de Psiquiatria e reduzir os tempos de espera para quadros de patologia mais grave.

Por fim, 16% dos entrevistados afirmaram ter necessidade de encaminhar os doentes para a urgência hospitalar, pela demora no início do seguimento em consulta de Psiquiatria. Este dado gera maior afluência às urgências de Psiquiatria de casos que podiam ser avaliados em consulta e deve ser evitado por forma a não atrasar o apoio a doentes urgentes.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E INVESTIGAÇÃO FUTURA

Este estudo apresenta algumas limitações relevantes que coloca certa cautela e ponderação sobre as extrapolações que se pode retirar.

Em primeiro lugar, ressaltamos o tamanho reduzido da amostra e como seria interessante e importante entrevistar mais médicos noutros centros de saúde e noutros locais do país, para termos uma visão mais realista e abrangente desta realidade.

Outra limitação é o diagnóstico de depressão, que aparece pouco diferenciado. Nas perturbações depressivas existem vários tipos que implicam diferentes abordagens, quer clínicas ou terapêuticas. Nesse sentido, seria interessante diferenciar que tipo de depressão os médicos se referem.

Apesar da importância de uma entrevista e dos estudos qualitativos, seria interessante incluir questionários e outras formas de avaliar algumas das variáveis incluídas, como a relação médico-doente. Seria algo que fortalecia este estudo e as suas conclusões.

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu confirmar a prevalência crescente da perturbação depressiva e o elevado impacto desta nas consultas de MGF e verificar que os profissionais de saúde em funções nos CSP se encontram sensibilizados para esta problemática.

O nosso estudo reforça que a relação médico-doente pode ter uma influência positiva no diagnóstico e tratamento das perturbações depressivas ao permitir um cuidado próximo e prolongado do doente, que proporciona um conhecimento abrangente das suas características, incluindo as diferentes vertentes da sua vida (pessoal, social, familiar), a elaboração de uma relação de confiança e compreensão e um acompanhamento apertado e regular que solidifica a adesão terapêutica.

A facilidade com que o doente partilha com o médico as suas fraquezas, baseada na confiança, e o conhecimento prévio que o médico adquire do doente e da sua família foram identificados como os principais facilitadores do diagnóstico. Os pontos negativos da relação médico-doente apontados pelos médicos de MGF são raros e não pareceram condicionar os cuidados prestados por estes.

No que diz respeito à terapêutica, foi possível concluir que a comunicação e envolvimento do doente na elaboração do plano terapêutico são essenciais para o sucesso do tratamento. Foi sugerido que todas as estratégias de inclusão referidas obtiveram resultados na melhoria da adesão terapêutica e de forma geral os médicos que afirmaram não incluir os doentes na formulação do plano terapêutico lamentaram a dificuldade em conseguir que o doente aderisse à terapêutica proposta.

Ainda que a prática clínica procure evoluir para um modelo de mútua cooperação, concluiu-se que a maioria dos médicos se enquadra num modelo de orientação-cooperação, incluindo o doente no processo de decisão com o médico a manter um papel de poder face ao doente.

A grande maioria dos médicos referiu sentir-se confortável na hora de fazer um diagnóstico de perturbação depressiva, estando as principais dificuldades relacionadas com o tratamento, por má adesão à terapêutica antidepressiva ou abandono precoce, e na

alteração dos comportamentos do doente pela resistência à mudança e falta de suporte familiar ou social.

No entanto, foi amplamente discutida a necessidade de aumentar a frequência e disponibilidade de ações formativas na área da Saúde Mental e em particular sobre a temática da depressão, uma vez que a melhor forma de os doentes com perturbação depressiva seguidos nos CSP receberem cuidados adequados é capacitando os médicos de MGF para um seguimento adequado e melhorar as taxas de sucesso terapêutico.

Este estudo permitiu assim perceber quais são as principais lacunas no conhecimento dos médicos de MGF e que temas são mais relevantes na abordagem em MGF, nomeadamente atualização terapêutica, indicações para a gestão de doentes com diferentes apresentações da doença e estratégias eficazes de comunicação com o doente depressivo e pode servir como suporte a formações futuras.

Geralmente, os doentes são referenciados para a consulta de Psiquiatria hospitalar, sendo frequentemente referidos os casos de ineficácia terapêutica, depressões associadas a outra patologia psiquiátrica e presença de critérios de gravidade. A cooperação entre a Psiquiatria e a MGF poderia diminuir as necessidades de referência caso fosse reforçada, melhorando os cuidados prestados nos CSP.

Foi também referida a dificuldade na referência dos doentes para Psicologia, uma vez que os recursos do centro de saúde são bastante limitados. Conclui-se que seria benéfico melhorar as estruturas de Psicologia disponíveis nos centros de saúde, com vista a diminuir as necessidades em contexto hospitalar.

Apesar do interesse crescente nesta área, seria importante haver mais estudos quantitativos e qualitativos acerca da relação médico-doente em contexto da perturbação depressiva nos CSP que podem trazer benefício para sustentar as conclusões obtidas neste estudo. Os resultados obtidos podem ainda surgir como base para o estudo das vantagens da multidisciplinariedade e cooperação entre a MGF e a Psiquiatria e de que modo esta relação tem um carácter benéfico para o doente deprimido.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmedani, B. K., Stewart, C., Simon, G. E., Lynch, F., Lu, C. Y., & Waitzfelder, B. E. (2015). Racial/ethnic differences in health care visits made before suicide attempt across the United States. *Med Care, 53*(5), pp. 430–5. doi:10.1097/MLR.0000000000000335
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice, 23*(3), pp. 363–368. doi:10.1093/fampra/cmi120
- Aragonès, E., Piñol, J. L., Labad, A., Folch, S., & Mèlich, N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med, 34*(4), pp. 329-341. doi:10.2190/N835-FDYX-2E2E-V8XM
- Berger, R., Bulmash, B., Drori, N., & Herstein, O. B.-A. (2020). The patient–physician relationship: an account of the physician’s perspective. *Israel Journal Of Health Policy Research, 9*(1), p. 33. doi:10.1186/s13584-020-00375-4
- Bollini, P., Pampallona, S., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (1999). Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *The British Journal of Psychiatry, 174*, pp. 297-303. doi:10.1192/bjp.174.4.297
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, 2*(3), pp. 68-80.
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2*, pp. 5-12.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), pp. 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Cape, J. (2000). Patient-rated therapeutic relationship and outcome in general practitioner treatment of psychological problems. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, pp. 383-395. doi:10.1348/014466500163383

- Chipidza, F., Wallwork, R., & Stern, T. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(5). doi:10.4088/PCC.15f01840
- Coronado-Vázquez, V., Canet-Fajas, C., Delgado-Marroquín, M. T., Magallón-Botaya, R., Romero-Martín, M., & Gómez-Salgado, J. (2020). Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 99(32). doi:10.1097/MD.00000000000021389
- Craven, M. A., & Bland, R. (2013). Depression in primary care: current and future challenges. *Canada Journal of Psychiatry*, 58(8), pp. 442-8. doi:10.1177/070674371305800802
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 4^o ed.
- Cuijpers, P., Cristea, I., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *Official journal of the World Psychiatric Association*, 15(3), pp. 245-258. doi:10.1002/wps.20346
- Decreto-lei nº 60/2003 de 1 de Abril. (2003).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^o ed.). (2013). doi:10.3917/sh.marmi.2016.01.0038
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*.
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2014*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*.
- Dongre, A., Deshmukh, P., Kalaiselvan, G., & Upadhyaya, S. (2009). Application of Qualitative Methods in Health Research: An Overview. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 8(4), p. 3.
- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1^o Relatório*.

- Feltz-Cornelis, C. V., & Houdenhove, B. V. (2014). DSM-5: van somatoforme stoornissen naar 'somatic symptom and related disorders'. *Tijdschr Psychiatr*, *56* (3), pp. 182-6.
- Gask, L. (2013). Educating family physicians to recognize and manage depression: where are we now? *Canadian journal of psychiatry*, *58*(8), pp. 449-455.
doi:10.1177/070674371305800803
- Guimarães, P. R. (2012). *Métodos Quantitativos Estatísticos* (1ª ed.). IESDE Brasil.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (n.d.). Obtido em nov de 2021
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, *7*(10). doi:10.1136/bmjopen-2017-017902
- Kallio, H., Pietila, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), pp. 2954-2965. doi:10.1111/jan.13031
- Kealy, D., Rice, M., Ferlatte, O., Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2019). Better Doctor-Patient Relationships Are Associated with Men Choosing More Active Depression Treatment. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *32*(1), pp. 13-19.
doi:10.3122/jabfm.2019.01.170430
- Kendrick, T. (2013). Depression in primary care: what more do we need to know? *Canadian journal of psychiatry.*, *58*(8), pp. 439-441. doi:10.1177/070674371305800801
- Kendrick, T., King, F., Albertella, L., & Smith, P. (2005). GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *British Journal Of General Practice*, *55*(513), pp. 280-286.
- Madeira, I. (2001). Referenciação por depressão à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *17*, pp. 101-108.

- Marotti, J., Mantelli, A. G., Furuyama, R., Pigozzo, M. N., Campos., T. T., & Laganá, D. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), pp. 186-194.
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa.
- Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaei, F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). doi:10.5812/sdme.67670
- Osborn, R., Moulds, D., Schneider, E., Doty, M., Squires, D., & Sarnak, D. (2015). Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Affairs*, 34(12), pp. 2104-12. doi:10.1377/hlthaff.2015.1018
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2018). Patient adherence in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 180(2), pp. 104-109. doi:10.1192/bjp.180.2.104
- Park, L., & Zarate, C. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England Journal of Medicine*, 380(6), pp. 559–568. doi:10.1056/NEJMcp1712493
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à acção: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), pp. 259–275. doi:10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Pisco, L., & Pinto, L. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência Saúde Coletiva*, 25(4). doi:10.1590/1413-81232020254.31222019
- Pope, C., & Mays, N. (2006). Qualitative methods in health research.
- Schomerus, G., & Riedel-Heller, S. (2020). Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus. *Nervenarzt*, 91(9), pp. 777-778. doi:10.1007/s00115-020-00964-3

- Sirey, J. A., Banerjee, S., Marino, P., Bruce, M. L., Halkett, A., & Turnwald, M. (2017). Adherence to Depression Treatment in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 74*(11), pp. 1129-1135. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3047
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2016). *Informemente: Guia Essencial para jornalistas sobre Saúde Mental*.
- Sousa, J. (2015). *Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal*. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa.
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2019). How suicide-bereaved family members experience the inquest process: a qualitative study using thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 14*(1). doi:10.1080/17482631.2018.1563430
- Tavares, S. M. (2019). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Impacto da implementação das Unidades de Saúde Familiar. Repositório Digital da UBI.
- Thomas, H., Best, M., & Mitchell, G. (2020). Whole-person care in general practice: The doctor–patient relationship. *Australian Journal of General Practice, 49*(3), pp. 139-144. doi:10.31128/AJGP-05-19-49502
- Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in psychiatry, 9*. doi:10.3389/fpsy.2018.00450
- Van Os, T., Van den Brink, R. H., Tiemens, B. G., Jenner, J. A., Van der Meer, K., & Ormel, J. (2005). Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of Affective Disorders, 84*(1), pp. 43-51. doi:10.1016/j.jad.2004.09.005
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems, 7*(1), p. 19. doi:10.1186/1752-4458-7-19

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista Semi-Estruturada

ENTREVISTA

A – Dados Socioeconómicos e Profissionais

1. Idade
2. Sexo
3. Habilitações literárias
4. Estado Civil
5. Há quantos anos exerce Medicina?
6. Cargo que ocupa?
7. Tem formação em Psiquiatria ou Saúde Mental? S/N

B – Diagnóstico

1. Tem experiência com doentes com diagnóstico de depressão? Em média, quantos doentes segue com esta patologia?
2. Como é que estes doentes chegam até si? Geralmente, os doentes vêm com o diagnóstico? Ou é o médico quem faz o diagnóstico?
3. Quais são as principais dificuldades que sente ao diagnosticar estes doentes?
4. Sobre o rastreio da depressão, que critérios usa para identificar os doentes com maior risco?

C – Intervenção

1. Após o diagnóstico, sente facilidade em formular um plano terapêutico para a depressão? Com que frequência recorre a Psicologia/psicoterapia como complemento da terapêutica farmacológica?
2. Encaminha os doentes para a consulta de Psiquiatria em algum contexto?
3. Qual considera ser a importância da relação médico-doente no tratamento e prognóstico da depressão?
4. De que forma tenta incluir o doente na formulação do plano terapêutico e qual é a importância dessa inclusão?
5. Quais as maiores dificuldades que encontra na intervenção em doentes deprimidos?

6. Como costuma fazer o seguimento destes doentes na consulta?

D – Formação

1. Considera que tem a formação necessária para fazer o diagnóstico e intervenção na depressão?
2. Já frequentou ou consideraria frequentar uma formação sobre o diagnóstico e intervenção na depressão nos Cuidados de Saúde Primários?
3. Que temas considera que seriam mais relevantes de ser abordados?

Anexo 2. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina

Autora: Patrícia Inês de Sá Damião, aluna de 6º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa

O atual trabalho de investigação, intitulado Relação médico-doente na depressão: A perspetiva dos Cuidados de Saúde Primários, insere-se no Mestrado Integrado em Medicina e tem como principais objetivos avaliar a perspetiva dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários no que diz respeito ao diagnóstico e seguimento da depressão.

Pretende-se avaliar a importância da relação médico-doente neste contexto e de que forma surge a cooperação e colaboração entre a Medicina Geral e Familiar e a Psiquiatria. Também se pretende analisar a perceção de necessidade de formação específica para o tema pelos especialistas de Medicina Geral e Familiar.

Para tal, mostra-se necessário incluir neste estudo médicos em funções em Unidades de Cuidados Primários que tenham contato direto com doentes com perturbação depressiva. É por isso fundamental a sua colaboração. O resultado da investigação, orientada pelo Profº Doutor Filipe Gama Marques Barbosa e co-orientada pela Doutora Filomena Sousa, será apresentado na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em maio de 2022.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de uma entrevista semi-estruturada que será gravada e posteriormente transcrita para análise dos dados. Qualquer informação será confidencial e a sua identidade resguardada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou pode mesmo recusar-se a participar sem que isso tenha consequências para si.

Depois de ler as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Data: _____

Anexo 3. Dados Sociodemográficos e Profissionais dos entrevistados

Tabela 3 - Dados Sociodemográficos e Profissionais dos entrevistados

Idade	M/F	Habilitações Literárias/Especializações	Estado Civil	Nº Anos que exerce Medicina	Experiência em Saúde Mental
57	M	Especialização em MGF	Casado	34	Prática em Serviço de Psiquiatria
31	M	Especialização em MGF	Solteiro	6	Estágio do internato de MGF
64	F	Carreira de Clínica Geral	Viúva	36	Sem experiência
29	F	Mestrado em Medicina, IFE de MGF de 4º ano	Solteira	4	Estágio do internato de MGF
65	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	37	Sem experiência
35	F	Especialização em MGF	Solteira	10	Estágio do internato de MGF
66	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	40	Sem experiência
66	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	34	Sem experiência
65	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	41	Sem experiência
70	F	Carreira de Clínica Geral	Viúva	40	Prática em Serviço de Psiquiatria
32	F	Especialização em MGF	Casada	7	Estágio do internato de MGF
51	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	25	Sem experiência
32	F	Especialização em MGF. Mestrado em Medicina Termal, Medicina Estética	Solteira	8	Estágio do internato de MGF
52	F	Carreira de Clínica Geral	Solteira	20	Estágio do internato de MGF
69	M	Carreira de Clínica Geral	Casado	43	Sem experiência
59	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	38	Formação Pós-Graduada em Psiquiatria/Psicologia
64	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	40	Sem experiência
30	F	Especialização em MGF	Solteira	6	Formação Pós-Graduada em Psiquiatria/Psicologia

63	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	39	Sem experiência
65	F	Carreira de Clínica Geral	Casada	42	Sem experiência
31	F	Especialização em MGF	Solteira	6	Formação Pós-Graduada em Psiquiatria/Psicologia
30	F	Especialização em MGF	Casada	6	Estágio do internato de MGF
64	F	Carreira de Clínica Geral	Viúva	39	Sem experiência
59	F	Carreira de Clínica Geral	Viúva	30	Formação Pós-Graduada em Psiquiatria/Psicologia
63	M	Especialização em Pneumologia, Patologia Clínica e MGF	Solteiro	33	Sem experiência

Anexo 4. Codificação dos dados obtidos a partir da análise das entrevistas

Tabela 4 - Codificação dos dados gerados a partir da análise das entrevistas

CÓDIGOS	Nº de respostas	Prevalência
Maior abertura	8	32%
Confiança na terapêutica	3	12%
Facilidade na promoção de mudança comportamental	3	12%
Compreensão	5	20%
Papel terapêutico do médico	2	8%
Deteção alterações comportamento	3	12%
Conhecimento da família	6	24%
Fatores de risco familiares	4	16%
Criação de alianças	2	8%
Conhecimento da história do doente	6	24%
Fatores de risco pessoais	4	16%
Conhecimento ambiente social	2	8%
Dificuldade de diagnóstico em doentes novos	5	20%
Dificuldade em iniciar terapêutica em doentes novos	4	16%
Respeito pelo tempo do doente	5	20%
Seguimento mais apertado	9	36%
Abertura para o doente contactar em caso de necessidade	8	32%
Ajustes terapêuticos mais frequentes	3	12%
Melhoria da RMD ao longo do tempo	5	20%
Medo de desiludir o médico	3	12%
Receio em partilhar "segredos" pessoais	1	4%
Vergonha em partilhar conflitos familiares	4	16%
Consulta não presencial	2	8%
Doente manipulador	2	8%
Doente que procura uma 2ª opinião	2	8%
Terapêutica com efeitos adversos	2	8%

Opinião do doente sobre psicoterapia	3	12%
Apresentação proposta terapêutica	3	12%
Explicação plano terapêutico	6	24%
Explicação efeitos adversos	7	28%
Opinião sobre iniciar terapêutica	4	16%
Apoio familiar	1	4%
Decisão partilhada	1	4%
Depressão associada a outra patologia e diagnóstico diferencial	6	24%
Tempo de consulta	13	52%
Dificuldade de expressão do doente	7	28%
Subjetividade da doença mental	4	16%
Somatização da doença mental	3	12%
Queixas inespecíficas	2	8%
Estigma da doença mental	9	36%
Estado psicológico do médico	1	4%
Resistência à mudança	4	16%
Falta de suporte familiar/social	5	20%
Dificuldade de mudança do contexto disfuncional	5	20%
Falta de ferramentas para mudar	4	16%
Dificuldade no acesso a apoio	1	4%
Má adesão terapêutica	7	28%
Resistência à toma de antidepressivos	2	8%
Abandono da terapêutica	9	36%
por efeitos secundários	4	16%
por sensação de ineficácia	2	8%
por melhoria sintomática	3	12%
Polimedicação	5	20%
Dificuldade de seguimento	4	16%
Falta de tempo em consulta	4	16%
Conhecimento do doente	8	32%
História clínica	3	12%

Risco de sobrediagnosticar	1	4%
Critérios de gravidade	8	32%
Depressão associada a outra patologia psiquiátrica	7	28%
Ineficácia terapêutica	16	64%
Dúvidas no diagnóstico	4	16%
Depressão crónica/grave	6	24%
A pedido do doente	4	16%
Psicoterapia em simultâneo com terapêutica farmacológica	9	36%
Apoio psicológico no centro de saúde	5	20%
Difícil acesso a psicoterapia	9	36%
Sugestão de seguimento no privado	4	16%
Feedback da Psicologia do centro de saúde	7	28%
Esclarecimento de dúvidas	2	8%
Discussão de casos clínicos/apresentação de temas	3	12%
Revisão geral	5	20%
Comunicação com o doente	8	32%
Critérios de Diagnóstico	3	12%
Insónia e ansiedade na depressão	2	8%
Relação com outras patologias psiquiátricas	3	12%
Recursos para referenciação	3	12%
Depressão em diferentes faixas etárias	2	8%
Atualização terapêutica	8	32%
Terapêuticas não farmacológicas	4	16%

Anexo 5. Códigos obtidos na análise de resultados e respetivos subtemas

Figura 3 - Relação médico-doente e respetivos subtemas

Relação médico-doente			
Elementos essenciais da RMD na depressão	Pontos negativos da RMD	Fatores que influenciam negativamente a RMD	Envolvimento do doente na tomada de decisão terapêutica
(Ver figura 4)	Medo de desiludir o médico Receio em partilhar "segredos" pessoais Vergonha em partilhar conflitos familiares	Consulta não presencial Doente manipulador Doente que procura uma 2ª opinião Terapêutica com efeitos adversos Estado psicológico do médico	Opinião do doente sobre psicoterapia Apresentação proposta terapêutica Explicação plano terapêutico Explicação efeitos adversos Opinião sobre iniciar terapêutica Apoio familiar Decisão partilhada

Figura 4 – Subtema dos elementos essenciais da relação médico-doente

Elementos essenciais da RMD na depressão		
Confiança	Qualidade da relação	Acompanhamento
Maior abertura Confiança na terapêutica Facilidade na promoção de mudança comportamental Compreensão Papel terapêutico do médico	Detecção alterações comportamento Conhecimento da família Fatores de risco familiares Criação de alianças Conhecimento da história do doente Fatores de risco pessoais Conhecimento ambiente social Dificuldade de diagnóstico em doentes novos Dificuldade em iniciar terapêutica em doentes novos	Respeito pelo tempo do doente Seguimento mais apertado Abertura para o doente contactar em caso de necessidade Ajustes terapêuticos mais frequentes Melhoria da RMD ao longo do tempo

Figura 5 - Principais dificuldades identificadas pelos médicos de MGF e respetivos subtemas

Principais dificuldades identificadas pelos médicos de MGF		
Diagnóstico de perturbação depressiva	Intervenção em doentes com perturbação depressiva	Não utilização de escalas de rastreio
<p>Depressão associada a outra patologia e diagnóstico diferencial</p> <p>Tempo de consulta</p> <p>Dificuldade de expressão do doente</p> <p>Subjetividade da doença mental</p> <p>Somatização da doença mental</p> <p>Queixas inespecíficas</p> <p>Estigma da doença mental</p>	<p>Má adesão terapêutica</p> <p>Resistência à toma de antidepressivos</p> <p>Abandono da terapêutica por efeitos secundários / sensação de ineficácia / melhoria sintomática</p> <p>Polimedicação</p> <p>Resistência à mudança</p> <p>Falta de suporte familiar/social</p> <p>Dificuldade de mudança do contexto disfuncional</p> <p>Falta de ferramentas para mudar</p> <p>Dificuldade de seguimento</p>	<p>Falta de tempo em consulta</p> <p>Conhecimento do doente</p> <p>História clínica</p> <p>Risco de sobrediagnosticar</p>

Figura 6 - Recursos para referência e respetivos subtemas

Recursos para referência	
Referência para Psicologia	Referência para Psiquiatria
<p>Psicoterapia em simultâneo com terapêutica farmacológica</p> <p>Apoio psicológico no centro de saúde</p> <p>Difícil acesso a psicoterapia</p> <p>Sugestão de seguimento no privado</p> <p>Feedback da Psicologia do centro de saúde</p>	<p>Critérios de gravidade</p> <p>Depressão associada a outra patologia psiquiátrica</p> <p>Ineficácia terapêutica</p> <p>Dúvidas no diagnóstico</p> <p>Depressão crónica/grave</p> <p>A pedido do doente</p> <p>Polimedicação</p>

Figura 7 - Formação e respetivos subtemas

