



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Abordagem da depressão nos Cuidados de Saúde Primários

Gwladys Helene Louro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel Santiago
Co-orientador: Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões

Covilhã, Maio de 2016

Dedicatória

À toi, papa.

Agradecimentos

Um obrigado especial,

Ao Doutor Luiz Miguel Santiago, a quem dirijo uma palavra de sincero agradecimento pela disponibilidade, dedicação, apoio e motivação que se mostraram essenciais na concretização deste trabalho.

À Dra. Eugénia Calvário, pelo apoio constante e disponibilidade manifestada para a realização deste estudo no Centro de Saúde da Covilhã.

À minha mãe, Audrey e Francis, que tanto orgulho têm em mim, e que me dão as forças necessárias para percorrer esta longa jornada; pelo amor incondicional.

Ao Tó Zé e à Fernanda, por me fazerem sorrir e não me deixar desistir; por toda a compreensão, paciência e apoio incondicionalmente manifestados e que contribuíram para aumentar a minha motivação e ajudar a atingir os meus objetivos.

Aos amigos, os verdadeiros e sempre presentes, por acreditarem em mim e me apoiarem em todos os momentos.

Resumo

Introdução: A depressão atinge em Portugal 9% da população em geral. As consequências são graves, prejudicando a funcionalidade familiar, social e ocupacional, piorando o prognóstico da multimorbilidade e aumentando o risco de mortalidade. As queixas de perturbações depressivas são muito frequentes em Medicina Geral e Familiar. Os clínicos de Medicina Geral e Familiar têm um papel importante no diagnóstico e no acompanhamento destes doentes utilizando corretamente todas as suas armas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, dentre as quais a empatia.

Objetivos: Analisar a empatia sentida na consulta comparando-a entre pacientes com motivo de consulta psicológica versus os restantes e sabendo, nas consultas por motivos psicológicos, se o médico conseguiu responder às expectativas do consulente.

Material e métodos: Estudo observacional analítico por entrevista a doentes à saída das consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Covilhã com um questionário permitindo avaliar o motivo de consulta pela Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC2) e a empatia. No caso dos doentes com motivo de consulta no capítulo Psicológico, caracterizaram-se as atitudes médicas na consulta. Foi obtido parecer da Comissão de Ética, respeitada a privacidade dos consulentes, produzido um relatório para os médicos do Centro de Saúde e obtido consentimento informado de todos os questionados.

Resultados: A prevalência da depressão na amostra foi de 39,3%. O sexo feminino apresentou maior taxa de depressão com 45,9% contra 24,2% no caso do sexo masculino ($p=0,027$). Nos doentes com motivo de depressão, o indicador global de empatia está significativamente mais baixo ($p<0,001$) com uma média de 5,0 em relação aos doentes que não apresentam depressão em que a média é de 6,1 ($p<0,001$). Em 4 das 5 questões da Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physicians Empathy, a média de respostas quando o motivo de consulta é depressão está mais baixo significativamente. A afirmação “Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.”, obteve uma média na depressão de 3,7 vs 5,1 ($p=0,002$). A pergunta “O meu médico parece preocupado comigo e com a minha família”, a média na depressão foi de 4,5 vs 6,0 ($p<0,001$). A pergunta “Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações”, a média na depressão foi de 5,2 vs 6,2 ($p=0,005$). Na pergunta “É um médico que me compreende”, a média na depressão foi de 5,8 vs 6,5 ($p=0,013$).

Discussão e Conclusão: O nosso estudo mostrou que a prevalência de depressão, como motivo de consulta, é muito elevada no Centro de Saúde da Covilhã, especialmente no sexo feminino. Concluímos que a empatia sentida pelo consulente cujo motivo da consulta foi depressão está significativamente mais baixa comparando com doentes que foram a consulta por outros motivos. Estes dados são alarmantes dado que o envolvimento empático nos

cuidados ao doente permite fazer diagnósticos mais assertivos, aumenta o grau de satisfação, aumenta a adesão e manutenção em tratamento da pessoa com doença, diminui as queixas de má-prática e dá ao doente estratégias de *coping* mais efetivas para enfrentar o stress e a doença. O tratamento, na maioria, passou por farmacoterapia isolada, o que não será a prática mais correta dado que existem outras terapias complementares não farmacológicas que mostraram serem eficazes. Em relação às expectativas dos doentes, muitas vezes não foram alcançadas. Este estudo constitui um incentivo para investigações futuras, na medida em que se considera importante alertar os profissionais de saúde para esta temática.

Palavras-chave

Depressão, Medicina Geral e Familiar, Cuidados de Saúde Primários, Empatia.

Abstract

Introduction: Depression attain in Portugal 9 percent of the general population. Consequences are serious, damaging the social and occupational function, worsening the prognosis of multimorbidity and increasing the risk of mortality. Complaints of depressive disorders are very common in family medicine. Clinicians of family medicine have an important role in the diagnosis and monitoring of these patients correctly using all their therapeutic, pharmacological and non-pharmacological weapons, among which empathy.

Aim: Analyze the empathy felt in consultation comparing it between patients with psychological counseling reason versus the other and knowing, in consultations for psychological reasons, if the doctor could respond to the inquirer 's expectations.

Methodology: This is an observational analytical study interview to patients at the output of general practice consultations in the Covilhã Health Centre with a questionnaire allowing to evaluate the query why the International Primary Care Classification (ICPC2) and empathy. For patients with query subject in the chapter Psychological characterize medical attitudes in the query. It is obtained the opinion of the Ethics Committee, respecting the privacy of the consultants produced a report for the doctors of the Health Centre and always obtained informed consent from all participants.

Results: The prevalence of depression in the sample $n = 107$ was 39.3%. Females have a higher rate of depression with 45.9% against 24.2% for males ($p = 0.027$). In patients with depression reason, the overall indicator of empathy is significantly lower ($p < 0.001$) with an average of 5.0 for those patients who do not have depression where the average is 6.1. In 4 of the 5 questions of the Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physicians Empathy, the average responses when the query is why depression is lower significantly. The statement "question about what is happening in my daily life." Scores a depression of 3.7 vs. 5.1 ($p = 0.002$). The question "My doctor seems preoccupied with me and my family", the average depression was 4.5 vs 6.0 ($p < 0.001$). The question "understands my emotions, feelings and concerns," the average depression was 5.2 vs 6.2 ($p = 0.005$). To the question "Is a doctor who understands me", the average depression was 5.8 vs 6.5 ($p = 0.013$).

Discussion and Conclusion: The aim of this study was achieved. Our study showed that the prevalence of depression is very high at the Health Centre of Covilhã, especially in females. We conclude that the empathy felt by the inquirer whose reason for consultation was depression is significantly lower compared to patients who were consulted for other reasons. These figures are alarming as the empathic involvement in patient care allows more assertive diagnosis, increases the level of satisfaction, increases the user's compliance, reduces malpractice complaints and gives the patient more effective coping strategies to face the stress and disease. Treatment mostly passed pharmacotherapy alone, which is not the most correct practice given that there are other non-pharmacological complementary therapies that have shown to be effective. Regarding expectations of patients often were not met. This study provides an incentive for further investigation, as it is considered important to alert healthcare professionals to this issue.

Keywords

Depression, General and Family Medicine, Primary Health Care, Empathy.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-chave	v
Abstract	vi
Keywords	vii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Acrónimos	x
1 Introdução	1
2 Metodologia	
2.1 Tipo de estudo e critérios de inclusão	3
2.2 Instrumento utilizado	3
2.3 Cálculo amostral	3
2.4 Autorizações e Calendarização	3
2.5 Características da amostra e definição das variáveis	4
2.6 Análise estatística	4
3 Resultados	5
4 Discussão	10
5 Conclusões	15
Bibliografia	16

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Relação entre grupo etário e motivo de consulta.	5
Tabela 2 - Análise da distribuição etária.	5
Tabela 3 - Relação entre idade e motivo de consulta.	6
Tabela 4 - Relação entre sexo e motivo de consulta.	6
Tabela 5 - Distribuição do indicador global de empatia.	6
Tabela 6 - Relação entre o indicador global de empatia e o motivo da consulta.	7
Tabela 7 - Relação entre o indicador global de empatia e o sexo.	7
Tabela 8 - Relação entre o indicador global de empatia e o grupo etário.	7
Tabela 9 - Comparação das respostas da JSPPPE consoante o motivo de consulta.	8
Tabela 10 - Respostas à pergunta “Em relação ao seu problema de foro psicológico, o médico:”	8
Tabela 11 - Respostas à pergunta “Depois de esta consulta, sente-se:”	9

Lista de Acrónimos

CSP	Cuidados de Saúde Primários
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
N	Número
vs	Versus
ICPC	<i>Internacional Classification of Primary Care</i> - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
JSPPE	<i>Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physicians Empathy</i> - Escala da Empatia Médica Percecionada pelo Doente

I - Introdução

Segundo a OMS, a depressão afeta 350 milhões de pessoas no mundo, sendo o sexo feminino o mais afetado (1). Em 1990, representava a 4ª causa de incapacidade em todo o mundo e estima-se que em 2020 passará a ser a 2ª causa. Em Portugal, a depressão atinge 9% da população em geral e 22% em Cuidados de Saúde Primários (2). As consequências são graves prejudicando a funcionalidade social e ocupacional, piorando o prognóstico da multimorbilidade e aumentando o risco de mortalidade (3). A sintomatologia depressiva está altamente associada a maior utilização de recursos de saúde em doentes de CSP.

É um problema de saúde público tanto pela sua prevalência, como pelo seu impacto na vida dos doentes e dos seus familiares (4).

Com o tratamento correto, a morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em até 70% dos casos (5). Isto demonstra a importância de estudar este tema.

A etiologia desta doença é biopsicossocial, familiar e ambiental. A perturbação depressiva pode ser secundária a doenças físicas, a outras doenças psiquiátricas, ao efeito iatrogénico de fármacos e a acontecimentos de vida, dificuldades adversas e outras fontes de *stress*.

Esta doença é sub-diagnosticada e sub-tratada. De facto, segundo a *National Comorbidity Survey Replication*, 42,7% dos doentes deprimidos não receberam nenhum tratamento. Em Portugal, 3 em cada 5 deprimidos não fazem tratamento (2).

Estes resultados podem ser explicados pela apresentação clínica desta doença ser muito variável, o que dificulta o seu diagnóstico. De facto, o doente pode apresentar sintomas afetivos como um humor deprimido, irritável ou ansioso e uma diminuição da motivação e do interesse. Também pode desenvolver sintomas cognitivos como a diminuição da atenção, da concentração e da memória; pode mostrar indecisão e ruminação, auto-desvalorização e ideias negativas. O doente também pode ter queixas físicas referindo mal-estar geral, cefaleias, lombalgias ou disfunções gastrointestinais. Por fim, sintomas neuro-vegetativos podem estar presentes nomeadamente alteração da libido, insónias ou hipersónias, anorexia, perda ou aumento de peso, anergia e fadiga ou, pelo contrário, agitação. Portanto, a depressão apresenta um desafio diagnóstico pela heterogeneidade da doença (6).

Os objetivos do tratamento médico desta doença são os seguintes:

- 1 - Reduzir ou eliminar os sintomas, restabelecer o funcionamento biopsicossocial e laboral;
- 2 - Minimizar os custos sanitários e a mortalidade;
- 3 - Minimizar o risco de recidivas e recorrências.

O tratamento passa por três fases, sendo variável o tempo de cada fase de tratamento. Assume-se que existe uma fase aguda que pode durar entre 6 a 12 semanas em que o doente

está em remissão; seguindo-se para uma fase de continuação de 4 a 9 meses em que o doente está em recuperação; e, finalmente, uma fase de manutenção de pelo menos um ano. Consequentemente estes doentes podem precisar de um longo seguimento sendo que está sempre presente o risco de recaídas.

O médico dispõe de vários tipos de tratamentos nomeadamente psicofármacos, psicoterapia, terapias ocupacionais, exercício físico, estimulação social e terapia electroconvulsiva. Deve ainda adicionar à terapêutica outros conhecimentos que permitam a melhoria das pessoas que sofrem deste tipo de sintomas, como a psicologia.

O tratamento da depressão é também uma arte em que o terapeuta é o principal psicotrópico. Durante a consulta, o médico deve manter uma atitude compreensiva, empática e paciente; é necessário encorajar o doente a comunicar e dar-lhe tempo para se exprimir.

Estudos concluíram que as crenças dos doentes demonstraram afetar a doença, portanto, avaliar e abordar as crenças dos doentes sobre a sua depressão pode melhorar o tratamento e a empatia do médico é fundamental nesse sentido (7).

A empatia é constituída por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. A parte cognitiva envolve a aptidão de identificar de forma assertiva os sentimentos e pensamentos de alguém. O afetivo refere-se à habilidade de compartilhar os estados emocionais do outro numa situação específica, transmitindo a compreensão de tais sintomas. Por fim, a parte comportamental diz respeito à expressão de empatia pela comunicação, seja verbal ou não verbal, sendo esta a componente essencial para que a outra pessoa se sinta efetivamente compreendida. É importante ser distinguida da simpatia que envolve o «sentir pelo outro» e está associada à tristeza.

Existem vários instrumentos que se propõem a avaliar a empatia. Neste estudo, foi escolhida a *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physicians Empathy* (JSPPPE)(8).

Posto isto, este estudo pretende analisar a empatia sentida na consulta comparando-a entre pacientes com motivo de consulta psicológica versus os restantes e procurando, nas consultas por motivos psicológicos, se o médico conseguiu responder às expectativas do consulente.

II - Metodologia

2.1 - Tipo de estudo e critérios de inclusão

O presente trabalho de investigação corresponde a um estudo observacional por entrevista.

Foram incluídos no estudo todos os doentes à saída de consultas de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde da Covilhã nos diferentes dias calendarizados para recolha de dados e que demonstraram consentimento informado.

2.2 - Instrumento utilizado

O questionário aplicado encontra-se em anexo (ANEXO I)

Esta entrevista divide-se em 3 partes. A primeira parte, permitiu-nos caracterizar a amostra incluindo avaliar o motivo de consulta pela classificação *Internacional Classification of Primary Care 2* (ICPC2). Depois, foi aplicada a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physicians Empathy (JSPPE). Por fim, no caso dos doentes com motivo de consulta no capítulo Psicológico, caracterizaram-se as atitudes médicas na consulta.

A JSPPE apresentou, em diversos estudos, boas características psicométricas sendo validada. (9)(10) De facto, Hojat *et al* (11) demonstrou que este instrumento está significativamente associado a satisfação dos doentes para com os seus médicos, a confiança interpessoal e a *compliance* com as recomendações médicas.

Os inquiridos respondem a 5 perguntas, atribuindo uma classificação numa escala de 1 a 7, correspondendo 1 a “discordo completamente” e, no extremo oposto, 7 a “concordo completamente”.

2.3 - Cálculo amostral

Sendo um estudo de base populacional, desconhecendo-se a distribuição na população do fenómeno, definiu-se como tamanho de amostra mínimo o da amostra epidemiologicamente grande com número (n) mínimo de 31 constituído por quem declarasse como motivo de consulta “Problema psicológico”. Para conhecimento de diferenças entre este grupo e o grupo de consulta não por problema psicológico definiu-se, para esta última população, uma amostra de tamanho de 63 pessoas. As entrevistas foram realizadas em dias aleatoriamente escolhidos pela investigadora e num trabalho em que os médicos não sabiam da sua realização.

2.4 - Autorizações e Calendarização

Foram obtidos pareceres favoráveis para este estudo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro [anexo II] e do Agrupamento de Centros de Saúde

da Cova da Beira. A coordenadora do Centro de Saúde da Covilhã deu também parecer positivo.

A recolha de dados foi realizada entre 15 de fevereiro de 2016 e 21 de março de 2016, sempre pela mesma entrevistadora, a investigadora, em dias por si selecionados, com população diversificada, à saída de consultas de diferentes consultas, num gabinete para conferir privacidade.

2.5 - Características da amostra e definição de variáveis

Foram entrevistados 107 doentes. A amostra foi constituída por 74 doentes do sexo feminino e 33 do sexo masculino.

As variáveis medidas foram o sexo, a idade e o motivo de consulta.

2.6- Análise estatística

Após ter sido realizada a recolha dos dados, procedeu-se de seguida, à sua análise estatística e interpretação.

O processamento e a análise dos dados foram efetuados com recurso ao software estatístico IBM-SPSS® (Statistical Package for the Social Science) versão 19.

Em toda a análise estatística, foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$, ou seja, admite-se uma probabilidade de erro de 5%.

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram descritas utilizando a média, desvio-padrão, número máximo e número mínimo.

III - Resultados

Caraterização da amostra e prevalência da depressão

Dividiram-se 2 grupos etários, um primeiro com idade inferior ou igual a 65 anos e um segundo com idade superior ou igual a 66 anos.

Tabela 1 - Relação entre grupo etário e motivo de consulta.

			Motivo da Consulta		Total
			Depressão	Não depressão	
Grupo etário	Menor ou igual a 65 anos	n	24	32	56
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Maior ou igual a 66 anos	n	18	33	51
		%	35,3%	64,7%	100,0%
Total		n	42	65	107
		%	39,3%	60,7%	100,0%

P=0,274

Como se pode ver na tabela 1, 42,9% dos doentes com idade menor ou igual a 65 anos apresentavam motivo de depressão e no grupo etário de maior ou igual a 66 anos, 35,3% tinham depressão. No total da nossa amostra, a prevalência de depressão foi de 39,3%.

Sendo a distribuição da idade normal, conforme apresentado na tabela abaixo, podemos usar estatística paramétrica.

Tabela 2: Análise da distribuição etária.

	t	df	Sig. (2-tailed)	Média ± desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
					Mínimo	Máximo
Idade	36,440	106	<0,001	61,6±17,5	58,3	65,0

O motivo de consulta que se baseou ICPC2 permitiu-nos dividir a população em 2 grupos, um grupo com motivo de depressão e outro de não depressão.

A tabela 3 abaixo mostra-nos que a idade média dos doentes com depressão foi de 62,4 anos e no caso de não depressão 61,1 anos. Esta diferença não é significativa.

Tabela 3 - Relação entre idade e motivo de consulta.

Motivo da Consulta		N	Média	Desvio padrão	p
Idade	Depressão	42	62,4	14,5	0,712
	Não depressão	65	61,1	19,3	

Olhando para a relação entre o sexo e o motivo de consulta, existem diferenças significativas. De facto, o sexo feminino apresenta maior taxa de depressão com 45,9% contra 24,2% no caso do sexo masculino.

Tabela 4 - Relação entre sexo e motivo de consulta.

			Motivo da Consulta		Total
			Depressão	Não depressão	
Sexo	Homem	n	8	25	33
		%	24,2%	75,8%	100,0%
	Mulher	n	34	40	74
		%	45,9%	54,1%	100,0%
Total		n	42	65	107
		%	39,3%	60,7%	100,0%

P=0,027

Análise da escala de empatia

Sendo o indicador global de empatia de distribuição normal, podemos usar testes paramétricos:

Tabela 5 - Distribuição do indicador global de empatia.

	t	df	Sig. (2-tailed)	Média ± desvio padrão	Intervalo de confiança 95%	
					Mínimo	Máximo
Indicador global de empatia	38,434	106	<0,001	5,7±1,5	5,4	6,0

Agora, vamos olhar para a distribuição do indicador global de empatia pelas variáveis utilizadas.

Tabela 6 - Relação entre o indicador global de empatia e o motivo da consulta.

Motivo da Consulta		N	Média	Desvio padrão	p
Indicador global de empatia	Depressão	42	5,0	1,6	<0,001
	Não depressão	65	6,1	1,3	

Como mostra a tabela 6, nos doentes em que o motivo da consulta é a depressão, o indicador global de empatia está significativamente mais baixo, com uma média de 5,0 em relação aos doentes que não apresentam depressão onde a média é de 6,1.

Pelo contrário, não existe diferença estatisticamente significativa do indicador global de empatia quando as variáveis estudadas são o sexo e a idade, como se pode verificar, respetivamente na tabela 7 e na tabela 8.

Tabela 7 - Relação entre o indicador global de empatia e o sexo.

Sexo		N	Média	Desvio padrão	p
Indicador global de empatia	Homem	33	5,9	1,0	0,167
	Mulher	74	5,5	1,6	

Tabela 8 - Relação entre o indicador global de empatia e o grupo etário.

Grupo etário		N	Média	Desvio padrão	p
Indicador global de empatia	Menor ou igual a 65 anos	56	5,5	1,6	0,353
	Maior ou igual a 66 anos	51	5,7	1,3	

Dado haver diferença estatisticamente significativa no indicador global de empatia para o motivo de consulta, estudaram-se para esta variável as várias afirmações da empatia percecionada pelo doente:

Tabela 9: Comparação das respostas da JSPPPE consoante o motivo de consulta.

Motivo da Consulta		N	Média	Desvio padrão	p
E1	Depressão	42	5,8	1,7	0,051
	Não depressão	65	6,3	1,2	
2	Depressão	42	3,7	2,2	0,002
	Não depressão	65	5,1	2,2	
E3	Depressão	42	4,5	2,4	<0,001
	Não depressão	65	6,0	1,7	
E4	Depressão	42	5,2	2,0	0,005
	Não depressão	65	6,2	1,5	
E5	Depressão	42	5,8	1,7	0,013
	Não depressão	65	6,5	1,2	

Verifica-se que só não existe diferença estatisticamente significativa para a primeira questão sendo $p > 0,05$. Para as restantes questões, a média de respostas quando o motivo de consulta é depressão está significativamente mais baixo.

O que foi feito na consulta

Tabela 10 - Respostas à pergunta “Em relação ao seu problema de foro psicológico, o médico:”

	n	%
Não fez nada	5	11,9
Receitou ou alterou a medicação antidepressiva ou ansiolítica	23	54,8
Referenciou para Psiquiatria	1	2,4
Falou acerca do problema/deu lhe conselhos	9	21,4
Tomou outras iniciativas	4	9,5
Total	42	100,0

Em relação às táticas terapêuticas desenvolvidas pelo médico quando o motivo de consulta foi a depressão, destaca-se que em 54,8% dos doentes foi receitado ou alterado a medicação antidepressiva ou ansiolítica. Só 21,4% dos doentes referiu que o médico tinha conversado sobre o problema e/ou aconselhado. Dos 42 doentes com motivo de depressão, só 1 doente foi referenciado para consulta de Psiquiatria. De realçar que em 11,9% dos casos o doente estimou que o médico de família não fez nada.

Expectativa do doente

Quando se perguntou ao doente como se sentia depois desta consulta, 42,9% referiu sentir-se melhor, 47,6% disse sentir-se igual e 9,5% pior.

Tabela 11 - Respostas à pergunta “Depois de esta consulta, sente-se:”

	n	%
Melhor	18	42,9
Igual	20	47,6
Pior	4	9,5
Total	42	100,0

IV - Discussão

Inicialmente este estudo previa entrevistar doentes de todos os médicos do centro de saúde para obter uma amostra mais representativa. No entanto tal não foi possível. De facto, algumas intercorrências no centro de saúde levaram-nos a entrevistar os doentes que saíam das consultas principalmente de 4 médicos diferentes. Este acontecimento pode representar um viés pelo facto de as respostas obtidas serem médico-dependente. Além disso, ao realizar o estudo no período entre fevereiro e março pode também explicar a elevada prevalência de depressão que encontramos.

Ao aplicar a JSPPPE, muitos doentes consideraram que estavam a avaliar os médicos e alguns demonstraram algum medo apesar da entrevistadora realçar que era anónimo e que era no âmbito de uma tese de mestrado. Além disso, principalmente os doentes idosos, demonstraram problemas de compreensão. Quando era pedido para dar um número numa escala de 0 a 7, muitos respondiam “é um médico muito bom” e foi difícil explicar as diferentes alíneas desta escala para que percebessem as diferentes vertentes das perguntas que eram específicas.

Na parte da entrevista em que é perguntado quais foram as medidas adotadas para solucionar o problema da depressão, deveria ter sido acrescentado se foi recomendado exercício físico.

Os benefícios da prática de atividade física já foram estudados e validados na população com ansiedade e depressão. É uma parte importante do tratamento. Contudo num estudo realizado, verificou-se que a percentagem de doentes com ansiedade ou depressão que realiza exercício físico é similar à da população em geral, no entanto a prescrição deveria ser maior nesta população (12).

O nosso estudo só foi composto por adultos de meia-idade e idosos, no entanto, a depressão é uma doença comum nos adolescentes e jovem adultos mas a procura de ajuda é baixa. A literacia em saúde mental é um conceito chave para realizar intervenções que permitam aumentar esta procura por ajuda. A população jovem portuguesa sofre de um défice em alguns aspetos do conhecimento sobre a depressão pelo que deveriam ser feitas intervenções neste âmbito tanto a nível dos CSP em consultas oportunistas como escolar (13).

O resultado obtido para a prevalência de motivo de consulta no capítulo Psicológico segundo a classificação ICPC2 foi de 39,3%. Este resultado assemelha-se aos encontrados noutros estudos realizados em Portugal, embora sejam escassos os estudos que apresentam resultados relativos à realidade portuguesa. Um estudo realizado em CSP de Coimbra em 2011 mostrou que 40 a 50% dos indivíduos apresentam algum grau de perturbação afectivo-emocional (14).

Esta prevalência é mais elevada quando comparada com os resultados obtidos em outros países. Um estudo transcultural em 15 cidades de vários países, não incluindo Portugal, apresentou a seguinte prevalência de perturbações psiquiátricas em CSP: 10,4% de depressão (em média), oscilando entre 2,6% e 29,5% (15).

No nosso estudo, o sexo feminino apresentou maior taxa de depressão com 45,9% contra 24,2% no caso do sexo masculino. Esta tendência é congruente com outros estudos. Efetivamente, as evidências demonstram uma maior prevalência de perturbações depressivas e ansiedade entre as mulheres, com uma proporção que varia entre 1,5:1 e 2:1 (15)

A diferença na prevalência em relação a outros países pode resultar do facto das amostras portuguesas, geralmente, apresentarem uma maior proporção de mulheres, sendo que, os estudos apontam para níveis mais elevados de perturbações afetivo-emocionais nas mulheres. A nossa amostra, efetivamente, foi maioritariamente constituída por mulheres, dos 107 doentes entrevistados, 74 eram do sexo feminino.

Um estudo desenvolvido em 2005 em Portugal demonstrou que 38% das mulheres sofriam de algum tipo de perturbação depressiva. Este estudo revelou, ainda, níveis de depressão mais elevados na faixa etária dos 45-54 anos (16). O nosso estudo não demonstrou diferença estatisticamente significativa da prevalência de depressão entre as diferentes faixas etárias. Apesar da prevalência ser tão elevada, estima-se que esta patologia seja sub-diagnosticada. Num estudo realizado por Rodríguez *et al* (17), foi demonstrado que os médicos precisam de ferramentas para melhorar a deteção de depressão e sua gravidade. Foi demonstrado que o diagnóstico de depressão efetuado nos CSP está associado com o sexo feminino, doença crónica, tabagismo e obesidade em mulheres. Estes dados podem ajudar na identificação precoce deste distúrbio pela MGF (18).

Cuidar de um paciente é uma tarefa muito mais complexa do que apenas tratar a fisiopatologia de uma doença. Na pesquisa em educação médica, a capacidade dos médicos

para a empatia tem sido destacada, mas a perceção de empatia do médico pelo paciente não recebeu suficiente atenção empírica.

O nosso estudo demonstra que o indicador global de empatia está significativamente diminuído em doentes com motivo de depressão. Olhando para cada pergunta em particular, as médias são todas mais baixas exepcto na primeira afirmação. Ainda, só 21,4% dos doentes referiu que o médico tinha conversado sobre o problema e/ou aconselhado. Estes dados são alarmantes dado que a empatia foi descrita como um elemento importante no profissionalismo na medicina. É fundamental para a criação de uma boa relação médico-doente. O envolvimento empático nos cuidados ao doente permite fazer diagnósticos mais assertivos, aumentar o grau de satisfação, aumentar a *compliance* do utente, diminuir as queixas de má-prática, e dá ao doente estratégias de *coping* mais efetivas para enfrentar o *stress* e a doença (9).

Isto pode ser explicado, em parte, pelo facto de que as tendências atuais no sistema de saúde estão orientadas para o mercado em que a contenção de custos tem precedência sobre a construção de uma boa relação médico-doente. Os 20 minutos estipulados de tempo de consulta representam uma verdadeira barreira a criação de uma boa relação médico-doente. Também temos que ter em conta que os médicos ocupam o topo das profissões *stressantes* e isto tem influência na qualidade de serviço percebida pelos doentes. A síndrome de *burnout* traduz o esgotamento profissional com importantes repercussões a nível físico e psicológico. Afeta o desempenho profissional, o relacionamento interpessoal, a produtividade, mas também a qualidade de vida do indivíduo e a dinâmica da organização.

A OMS considera a síndrome de *burnout* como um dos problemas de saúde mais graves da atualidade, não só pela alta prevalência do fenómeno em profissionais de saúde, como também pelas possíveis consequências na população assistida por esses profissionais. Num estudo realizado em Portugal, em 1998, Pinto Leal concluiu que 52,4% dos médicos de família estavam em *burnout* (19).

No contexto dos CSP, existem várias dificuldades na abordagem da depressão que se prendem com: a) deficiências da formação pré e pós-graduada, prevalecendo ainda um modelo de etiologia meramente biológica, centrada no sintoma ; b) o treino essencialmente em contexto hospitalar; c) a gama ampla de doentes, que não apenas os psiquiátricos, e o facto do Clínico

Geral ter que lidar com perturbações emocionais dentro de cuidados médicos gerais; d) finalmente, a técnica diagnóstica, que habitualmente se concretiza em visitas breves e sucessivas, dirigindo-se primariamente ao alívio sintomático e assim adiando um diagnóstico integrativo dos dados biológicos, psicológicos e sociais (20).

Algumas características dos médicos podem causar esta falha na empatia. É de realçar a importância da personalidade de cada um, o que é apontado sempre como um dos fatores mais relevantes; as atitudes negativas face à doença psiquiátrica; o tempo de prática clínica; as aptidões de comunicação e as técnicas e estilo de entrevista. Todos estes pontos podem dificultar a identificação e o tratamento de doentes com perturbações psiquiátricas nos Cuidados Primários (15). A empatia tem que ser parte integrante do ensino da medicina.

Face a estes resultados que apontam para lacunas por parte dos profissionais temos que demonstrar alguma salvaguarda. Não nos podemos esquecer que esta escala traduz a perceção dos doentes. Existem muitas razões que podem levar o doente a dar uma má classificação embora o médico tenha demonstrado empatia durante a consulta. Na verdade, a personalidade dos doentes também influencia bastante os resultados obtidos. Por exemplo, nos casos de doentes com personalidade histérica é de esperar que os resultados sejam piores já que são caracterizados por um padrão de emocionalidade excessiva e necessidade de chamar atenção para si mesmo e teatralidade.

Ainda, existe frequentemente uma sobreposição da depressão com problemas psicossociais. Na verdade, muitos doentes procuram ajuda por crises de vida, problemas de estilo de vida, envolvendo relações interpessoais, doenças físicas associadas a esses problemas e situações físicas que são influenciadas por fatores psicossociais. Estas situações, habitualmente, não passarão de «reações simples ao *stress*», fisiológicas, significando apenas uma perturbação temporária pelas circunstâncias da vida (20).

Estudos já demonstraram que doentes com transtornos depressivos *major* nos cuidados primários de saúde não recebem tratamento adequado (21).

O tratamento é deveras complexo e não se mostra eficaz através da prescrição isolada de antidepressivos (22). No entanto, no nosso estudo, em 54,8% dos doentes o tratamento incluiu unicamente fármacos. Outro ponto de salientar é a má prescrição de antipsicóticos. No Reino

Unido foi estudado que nos CSP uma grande proporção dos doentes a quem foram prescritos estes fármacos não apresentam nenhum distúrbio psicótico ou bipolar, na realidade são muitas vezes pessoas idosas com demência, depressão, ansiedade ou distúrbios do sono (23).

A terapia cognitivo comportamental parece oferecer respostas positivas nos casos em que a terapêutica farmacológica falhou (24). Mudanças de estilos de vida, como a prática de exercício físico, participação em ações comunitárias, como por exemplo o voluntariado, que permitirão combater o isolamento frequentemente sentido pelos doentes depressivos podem ser de grande ajuda.

Segundo o esquema de Goldberg e Huxley (20), o doente tem de atravessar diversos filtros passando por diferentes níveis de cuidados na área da Psiquiatria. O primeiro filtro é representado pela decisão de ir à consulta de MGF; o segundo filtro consiste na identificação ou reconhecimento pelo médico da patologia psiquiátrica. Só depois aparece a decisão de encaminhar para a especialidade de psiquiatria, o que representa o terceiro filtro. Este último é tido como o menos permeável - apenas 1 em 20 doentes é encaminhado, isto é, cerca de 5% vai ao Psiquiatra. Isto está de acordo com os resultados que obtivemos dado que em 42 doentes com motivo de depressão só 1 doente foi referenciado para consulta de Psiquiatria.

V - Conclusões

O principal objetivo deste estudo foi alcançado. Este consistia em perceber se existiam diferenças na empatia sentida na consulta comparando-a entre pacientes com motivo de consulta psicológica *versus* os restantes e perceber se nas consultas por motivos psicológicos o médico conseguia responder às expectativas do consulente.

Em Portugal, nunca nenhum estudo tinha sido feito nesse sentido.

O nosso estudo mostrou que a prevalência de depressão é muito elevada no Centro de Saúde da Covilhã (39,3%), o que reitera a importância que tem que ser dada a esta área. À semelhança de estudos anteriores, tanto a nível nacional como internacional, verificou-se que esta doença afeta mais o sexo feminino.

Concluímos que a empatia sentida pelo consulente cujo motivo da consulta foi depressão foi significativamente mais baixa comparando com doentes que foram a consulta por outros motivos. Na verdade, a média obtida na escala de empatia em doentes com depressão foi de 5,01 e a media dos doentes com outras patologias foi de 6,06. Esta tendência para ser mais baixo verificou-se isoladamente para 4 das 5 perguntas efetuadas que compõe a JSPPPE.

Em relação ao que foi feito para solucionar o problema da depressão, foi visto que o tratamento, na maioria, passou por farmacoterapia isolada, o que não será a prática mais correta dado que existem outras terapias alternativas complementares não farmacológicas que se mostraram eficazes. As expectativas dos doentes muitas vezes não foram alcançadas dado que só 42,9% dos doentes referiu sentir-se melhor.

Este estudo constitui um incentivo para investigações futuras, na medida em que se considera importante alertar os profissionais de saúde para que possam melhorar a sua prática médica nessas situações.

Finaliza-se este trabalho com uma citação que aponta para a importância do envolvimento empático: " É tão importante saber que tipo de homem tem a doença, como é saber que tipo de doença tem o homem " (Sir William Osler).

Bibliografia

1 - WHO factsheet n.º369, Abril de 2016

2 - Gusmão R. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. [PhD thesis] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2005

3- Murray CJL, Lopez A. Evidence-Based Health Policy Lessons from the Global Burden of Disease Study. Science, 1996; 274:740-743

4 - Simon G, Ormell J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am J Psychiatry, 1995;152:352-7.

5 - Almeida Fleck MP, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, Comey S. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Rev Saúde Pública Brasileira, 2002;36(4):431-8

6 -Nunes JM, Yaphe J, Santos I. Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Jul-Set; 8(28):164-71.

7 - Lynch J, Moore M, Moss-Morris R, Kendrick T. Do patients' illness beliefs predict depression measures at six months in primary care: a longitudinal study. Journal of Affective Disorders. 2015 Mar 15;174:665-671

8 - Azevedo C, Instrumentos de avaliação da empatia: uma revisão sistémica da literatura [PhD thesis] Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul; 2014

9 - Glaser KM, Markham F, Adler H, McManus P, Hojat M - Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. Med Sci Monit, 2007; 13(7): CR291-294

10 - Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. Croatian medical journal. 2007;48(1):81-86.

11 - Hojat M, Louis D, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella J. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance, International Journal of Medical Education. 2010; 1:83-87

- 12- Martíneza B, Velásquez I, Castro MJ. Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión. *Aten Primaria*.2014; Vol 47(7) 428-437
- 13- Loureiro LM, Jorm AF, Mendas AC, Santos JC, Ferreira RO, Pedreiro AT. Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*. 2013 13:129
- 14- Apóstolo J, Mendes A, Antunes MT, Rodrigues M, Figueiredo MH, Lopes MC. Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Rev. Enf. Ref..* 2011; serIII(3): 67-74.
- 15- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2001 - Mental Health: new understanding, new hope. Geneva : WHO
- 16- Gonçalves B, Fagulha T, Ferreira A. A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*. 2005; Vol. 19,39-56
- 17 - Rodríguez JIC, Olariu E, Garnier-Lacueva C, Martín-López LM, Pérez-Solà V, Alonso J, Forero CG. Diagnostic accuracy and adequacy of treatment of depressive and anxiety disorders: A comparison of primary care and specialized care patients, *J Affect Disord*. 2015; 1;172:462-71
- 18- Wong S, Manca D, Barber D, Morkem R, Khan S, Kotecha J, Williamson T, Birtwhistle R, Patten S, The diagnosis of depression and its treatment in Canadian primary care practices: an epidemiological study. *CMAJ OPEN*,2014; 2:4 337-342
- 19- Leal, M. - Stress e Burnout - Porto; Bial; 1998
- 20- Teixeira JA, Cabral AS, Patologia psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 2008;24:567-74
- 21-Lima A, Avaliação de qualidade de vida e fatores preditores de remissão de sintomas em pessoas com depressão maior acompanhadas através de um estudo longitudinal em um serviço de cuidados de saúde primários [PhD thesis] Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul; 2008
- 22- Linde K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Schumann I, Meissner K, Sigtermann K, Schneider A. Efficacy and Acceptability of Pharmacological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Network Meta-Analysis, *Ann Fam Med* 2015;13:69-79

23 - Marston L, Nazareth I, Petersen I, Walters K, Osborn D. Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study. *BMJ Open* 2014;4: e006135

24 - Button KS, Turner N, Campbell J, Kessler D, Kuyken W, Lewis G, Peters TJ, Thomas L, Wiles N. Moderators of response to cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15; 174:272-80

Anexos

I - Questionário

QUESTIONÁRIO

Abordagem da depressão nos cuidados de saúde primários.

Este questionário tem em vista a elaboração da dissertação de mestrado, subordinada ao tema "**Abordagem da depressão nos cuidados de saúde primários**", integrada no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Este estudo procura analisar a forma como os clínicos de medicina geral e familiar lidam com os doentes que se apresentam em estado deprimido nos cuidados de saúde primários.

Este questionário é de colaboração voluntária e destina-se a todos os utentes em consulta presencial de Medicina Geral e Familiar do Centro de saúde da Covilhã.

Esta investigação é totalmente anónima e confidencial (a identificação serve apenas para evitar duplicação de dados). Toda a informação pessoal fornecida será transformada, automaticamente, em números e submetida a análise estatística.

I – Caracterização do utente

1. Iniciais do nome completo (em maiúsculas): _____
2. Género: Masculino ☐
Feminino ☐
3. Idade: _____

II – Motivo(s) da consulta

III – Escala de empatia

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico numa escala de 1 a 7.

(1) discordo totalmente e (7) concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).							
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.							
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família.							
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.							
5. É um médico que me compreende.							

IV – Desfecho da consulta

Q1 : Em relação ao seu problema de foro psicológico, o médico :



1. Não fez nada ☐
2. Receitou ou alterou a medicação antidepressiva ou ansiolítica ☐
3. Referenciou para Psiquiatria ☐
4. Falou acerca do problema/deu lhe conselhos ☐
5. Tomou outras iniciativas ☐

Q2 : Depois de esta consulta, sente-se :

1. Melhor ☐
2. Igual ☐
3. Pior ☐

Obrigado pela colaboração!

II- Comissão de ética

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	 <p>ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p>		
<p>COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE</p>			
<p>PARECER FINAL: PARECER FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO: <i>Anulou-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>17.12.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p>..... Dr. José Manuel Azeiteiro Torres Presidente</p> <p>..... Dr. Maria Augusta Mota Vice-presidente</p> <p>..... Dr. Luís Manuel Milhais Mendes Cabral Vogal</p>		
<p>ASSUNTO: Estudo 79/2015 - Abordagem da depressão nos Cuidados de Saúde Primários</p>			
<p>Trabalho de Mestrado integrado de Medicina (UBI)</p> <p>Questionário para avaliação do motivo de consulta pela classificação ICPC2 e a empatia., não sendo recolhida informação eticamente sensível</p> <p>Não tem autorização do Centro de Saúde, que refere que apenas lhe será dada após parecer positivo da Comissão de Ética</p> <p>O cronograma temporal apresentado foi já ultrapassado</p> <p>Não levanta problemas éticos</p> <p>Coimbra, 16 de dezembro de 2015</p> <table border="0" data-bbox="341 1576 1193 1697"><tr><td data-bbox="341 1576 628 1697"><p>O Relator</p><p><i>UM</i></p><p>(Prof. Doutor Vítor Rodrigues)</p></td><td data-bbox="900 1576 1193 1697"><p>O Presidente da CES</p><p><i>F. Ribeiro</i></p><p>(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)</p></td></tr></table>		<p>O Relator</p> <p><i>UM</i></p> <p>(Prof. Doutor Vítor Rodrigues)</p>	<p>O Presidente da CES</p> <p><i>F. Ribeiro</i></p> <p>(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)</p>
<p>O Relator</p> <p><i>UM</i></p> <p>(Prof. Doutor Vítor Rodrigues)</p>	<p>O Presidente da CES</p> <p><i>F. Ribeiro</i></p> <p>(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)</p>		