Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32219

# DEPRESSÃO EM IDOSOS: FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO E DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO

## DEPRESSION IN OLDER ADULTS: FACTORS ASSOCIATED WITH UNDERREPORTING AND DIAGNOSTIC CHALLENGES

**Camila Gastaldelli**[1]
**Marcos Antônio Barbosa dos Santos**[2]
**Amanda Santos Alves Freire**[3]
**Herbert Pina Silva Freire**[4]

RESUMO: Introdução: A depressão em pessoas idosas representa um importante problema de saúde pública, especialmente pelas dificuldades relacionadas ao seu reconhecimento clínico e diagnóstico oportuno. A coexistência de doenças crônicas, alterações cognitivas, queixas somáticas e barreiras assistenciais pode contribuir para o subdiagnóstico, comprometendo o acesso ao cuidado adequado. Objetivo: Analisar os fatores clínicos, individuais, profissionais e assistenciais associados ao subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas, considerando os desafios relacionados ao reconhecimento clínico e as estratégias para aprimorar sua identificação. Materiais e Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, fundamentada em publicações científicas de 2020 a 2026. A estratégia de busca foi elaborada para as bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando descritores controlados e termos livres relacionados à depressão, ao envelhecimento, ao subdiagnóstico e às barreiras diagnósticas. Foram priorizados estudos originais que investigassem o não reconhecimento clínico, as dificuldades diagnósticas e os obstáculos à identificação da depressão em idosos. Resultados e Discussão: A análise de cinco estudos centrais evidenciou dificuldades no reconhecimento da depressão em pessoas idosas, especialmente na atenção primária à saúde. Entre os principais desafios, destacaram-se a sobreposição de sintomas depressivos com manifestações de doenças crônicas e alterações cognitivas, o predomínio de queixas somáticas, a comunicação insuficiente do sofrimento psíquico, o tempo reduzido das consultas e a utilização não sistemática de instrumentos de rastreamento. Os achados também apontaram possíveis contribuições do rastreamento estruturado, da avaliação clínica individualizada, da capacitação profissional e da colaboração interdisciplinar. Entretanto, resultados positivos em instrumentos de rastreamento não constituem, isoladamente, confirmação diagnóstica ou evidência direta de subdiagnóstico. Conclusão: O subdiagnóstico da depressão em idosos envolve múltiplos fatores clínicos, individuais, profissionais e organizacionais. Seu enfrentamento exige avaliação clínica integral, utilização criteriosa de instrumentos de rastreamento, qualificação profissional e fortalecimento da continuidade do cuidado. Ressalta-se a necessidade de ampliar as investigações sobre o reconhecimento diagnóstico da depressão em pessoas idosas, especialmente no contexto da atenção primária brasileira.

**Palavras-chave:** Idoso. Transtorno depressivo. Diagnóstico tardio. Atenção primária à saúde. Saúde mental.



[1] Acadêmica de Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna.
[2] Acadêmico de Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna.
[3] Orientadora. Docente do curso de Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna.
[4] Coorientador. Diretor Acadêmico do curso de Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna.

ABSTRACT: Introduction: Depression in older adults represents a major public health problem, particularly due to difficulties related to its clinical recognition and timely diagnosis. The coexistence of chronic diseases, cognitive changes, somatic complaints, and barriers to healthcare may contribute to underdiagnosis, compromising access to appropriate care. Objective: To analyze the clinical, individual, professional, and healthcare-related factors associated with the underdiagnosis of depression in older adults, considering the challenges related to clinical recognition and strategies to improve its identification. Materials and Methods: This is an integrative literature review with a descriptive design and qualitative approach, based on scientific publications from 2020 to 2026. The search strategy was developed for the PubMed/MEDLINE and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, using controlled descriptors and free-text terms related to depression, aging, underdiagnosis, and diagnostic barriers. Original studies investigating the lack of clinical recognition, diagnostic difficulties, and barriers to identifying depression in older adults were prioritized. Results and Discussion: The analysis of five key studies revealed difficulties in recognizing depression in older adults, particularly in primary healthcare settings. The main challenges included the overlap between depressive symptoms and manifestations of chronic diseases and cognitive changes, the predominance of somatic complaints, insufficient communication of psychological distress, limited consultation time, and the non-systematic use of screening instruments. The findings also indicated potential benefits of structured screening, individualized clinical assessment, professional training, and interdisciplinary collaboration. However, positive results on screening instruments do not, by themselves, confirm a diagnosis or provide direct evidence of underdiagnosis. Conclusion: The underdiagnosis of depression in older adults involves multiple clinical, individual, professional, and organizational factors. Addressing this issue requires comprehensive clinical assessment, the appropriate use of screening instruments, professional training, and strengthened continuity of care. Further research is needed on the diagnostic recognition of depression in older adults, particularly in the context of Brazilian primary healthcare.

**Keywords:** Aged. Depressive disorder. Delayed diagnosis. Primary health care. Mental health.



## 1 INTRODUÇÃO

A depressão em pessoas idosas constitui um importante problema de saúde pública, em razão de suas repercussões sobre a saúde física e mental, a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida. Embora o processo de envelhecimento envolva transformações biológicas, psicológicas e sociais, os transtornos depressivos não devem ser compreendidos como manifestações naturais da idade avançada. A presença de doenças crônicas, limitações funcionais, isolamento social, perdas afetivas e fragilidade das redes de apoio pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de sintomas depressivos, tornando necessária uma abordagem integral da saúde mental dessa população. Nesse contexto, o reconhecimento oportuno da depressão representa um componente fundamental da assistência, especialmente diante das consequências associadas à persistência dos sintomas e ao comprometimento da funcionalidade (Souza *et al.*, 2025; Kvalbein-Olsen *et al.*, 2023).

Apesar de sua relevância clínica, a depressão em idosos permanece frequentemente não reconhecida nos serviços de saúde, configurando um desafio para o diagnóstico e o cuidado oportunos. O subdiagnóstico caracteriza-se pela ausência de identificação de uma condição

clínica existente, mesmo quando há manifestações que justificariam investigação específica. Esse conceito deve ser diferenciado da subnotificação, relacionada à ausência ou à insuficiência de registro de condições ou eventos nos sistemas de informação em saúde. Também é necessário distinguir a presença de sintomas depressivos identificados por instrumentos de rastreamento da confirmação diagnóstica de um transtorno depressivo, uma vez que resultados positivos em escalas não constituem, isoladamente, diagnóstico clínico. Essa diferenciação é fundamental para compreender a magnitude das dificuldades de reconhecimento da depressão na população idosa e interpretar adequadamente as evidências científicas disponíveis.

A dimensão desse problema pode ser observada em estudos que investigaram diretamente a discrepância entre a presença de transtornos depressivos e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. Zhong *et al.* (2020), em investigação multicêntrica realizada na atenção primária chinesa, identificaram transtornos depressivos em 20,3% dos idosos avaliados e relataram baixo reconhecimento dessas condições pelos profissionais responsáveis pela assistência. De maneira complementar, Kvalbein-Olsen *et al.* (2023), em estudo desenvolvido na atenção primária norueguesa, identificaram dificuldades de reconhecimento clínico entre pessoas idosas com sintomas depressivos moderados. Embora realizados em contextos assistenciais distintos, esses estudos evidenciam a existência de possíveis lacunas entre a identificação de manifestações depressivas e sua valorização durante a avaliação clínica, ressaltando a importância de investigar os fatores envolvidos nesse processo.



Entre os elementos que dificultam o reconhecimento da depressão em pessoas idosas, destacam-se as particularidades de sua apresentação clínica. Além de manifestações relacionadas ao humor deprimido e à perda de interesse por atividades habituais, podem ocorrer alterações do sono, fadiga, queixas somáticas, redução da concentração e dificuldades cognitivas. Esses sintomas frequentemente coexistem com doenças crônicas, limitações funcionais e outras condições relacionadas ao envelhecimento, dificultando sua diferenciação durante a avaliação clínica. Adicionalmente, manifestações depressivas podem ser interpretadas pelo próprio paciente, por familiares ou por profissionais de saúde como consequências inevitáveis do envelhecimento, contribuindo para a desvalorização dos sintomas e para o atraso na investigação diagnóstica (Kvalbein-Olsen *et al.*, 2023).

No contexto brasileiro, a compreensão do subdiagnóstico também exige considerar as diferenças entre a autopercepção dos sintomas e o reconhecimento profissional da condição. Baggio *et al.* (2026), com base em informações do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos

Brasileiros (ELSI-Brasil), investigaram a autopercepção de sintomas depressivos, o autorrelato de diagnóstico médico e seus fatores associados. A análise dessas dimensões contribui para discutir possíveis diferenças entre manifestações percebidas pelos indivíduos e diagnósticos previamente estabelecidos. Entretanto, tais diferenças não devem ser interpretadas automaticamente como evidências de subdiagnóstico, considerando que a presença de sintomas depressivos autorreferidos não equivale necessariamente à confirmação de transtorno depressivo. Dessa maneira, a interpretação desses indicadores exige atenção aos instrumentos utilizados, aos critérios diagnósticos e às características das populações investigadas.

Além das manifestações clínicas e da percepção individual dos sintomas, fatores relacionados à organização dos serviços de saúde e à atuação profissional podem comprometer o reconhecimento oportuno da depressão. Habbash *et al.* (2024), em estudo transversal envolvendo médicos da atenção primária no Bahrein, identificaram limitações na realização sistemática do rastreamento da depressão em pessoas idosas, destacando barreiras relacionadas ao tempo disponível para consultas, à presença de múltiplas comorbidades, à disponibilidade de diretrizes e à capacitação profissional. Esses aspectos demonstram que as dificuldades de identificação da depressão não dependem exclusivamente das características clínicas dos pacientes, podendo envolver também limitações estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Assim, a análise do subdiagnóstico requer uma perspectiva que considere a interação entre fatores individuais, profissionais e assistenciais.



Nesse cenário, a atenção primária à saúde desempenha papel relevante no reconhecimento da depressão em idosos, especialmente pela possibilidade de acompanhamento longitudinal, identificação de alterações no estado de saúde e integração entre necessidades clínicas e psicossociais. A utilização de instrumentos padronizados de rastreamento, quando indicada, pode auxiliar na identificação de manifestações depressivas que necessitam de investigação complementar. Entretanto, o rastreamento não substitui a avaliação diagnóstica, que deve considerar a história clínica, a duração e a intensidade dos sintomas, o comprometimento funcional, as condições médicas associadas e o contexto social do paciente. A distinção entre suspeita clínica, resultado positivo em instrumento de rastreamento e confirmação diagnóstica constitui, portanto, um aspecto essencial para a identificação adequada da depressão nessa população (Garate *et al.*, 2024; Kvalbein-Olsen *et al.*, 2023).

Embora a literatura apresente investigações sobre prevalência, fatores associados e manifestações clínicas da depressão em idosos, a compreensão dos fatores diretamente

relacionados ao seu subdiagnóstico exige uma análise específica das evidências disponíveis. Estudos que investigam sintomas depressivos ou fatores de risco não demonstram necessariamente dificuldades de reconhecimento clínico, sendo fundamental diferenciá-los daqueles que avaliam a ausência de diagnóstico, a discrepância entre avaliações estruturadas e diagnósticos previamente estabelecidos ou as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a diversidade dos delineamentos metodológicos e dos contextos assistenciais investigados reforça a importância de uma análise crítica capaz de distinguir evidências diretas de subdiagnóstico de resultados que apenas contribuem indiretamente para a compreensão do problema.

Diante dessas considerações, estabelece-se a seguinte questão norteadora: quais fatores clínicos, individuais, profissionais e assistenciais estão associados ao subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas, segundo as evidências científicas disponíveis? Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os fatores associados ao subdiagnóstico da depressão em idosos, buscando compreender as particularidades da apresentação clínica que dificultam seu reconhecimento, identificar as barreiras relacionadas à percepção e à comunicação dos sintomas, examinar as limitações dos processos de rastreamento e avaliação diagnóstica e discutir os fatores profissionais e organizacionais que podem interferir na identificação oportuna da condição.



## 2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com a finalidade de analisar as evidências científicas relacionadas aos fatores associados ao subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas. A escolha desse delineamento metodológico fundamentou-se na possibilidade de reunir, avaliar e sintetizar resultados de estudos com diferentes abordagens metodológicas, permitindo uma compreensão abrangente dos aspectos clínicos, individuais, profissionais e assistenciais envolvidos no reconhecimento diagnóstico da depressão nessa população. A condução da revisão fundamentou-se nas etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005), compreendendo a identificação do problema, a busca na literatura, a avaliação dos dados, a análise das informações e a apresentação dos resultados.

A investigação foi orientada pela seguinte questão norteadora: quais fatores clínicos, individuais, profissionais e assistenciais estão associados ao subdiagnóstico da depressão em

pessoas idosas, segundo as evidências científicas disponíveis? Para orientar a seleção dos estudos, considerou-se o subdiagnóstico como a ausência de identificação clínica de uma condição depressiva existente, distinguindo-o da subnotificação em sistemas de informação e da identificação isolada de sintomas depressivos por instrumentos de rastreamento. Essa delimitação conceitual foi adotada para assegurar maior precisão na interpretação dos resultados e evitar a utilização de indicadores de prevalência ou rastreamento como evidências diretas de subdiagnóstico.

A busca bibliográfica foi delimitada às bases de dados PubMed/MEDLINE e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), considerando publicações disponibilizadas entre janeiro de 2020 e outubro de 2026. Para a elaboração das estratégias de busca, foram considerados os vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associados a termos livres relacionados à depressão, ao envelhecimento e às dificuldades de reconhecimento diagnóstico. Entre os termos previstos estão *Depression*, *Depressive Disorder*, *Aged*, *Older Adults*, *Underdiagnosis*, *Underrecognition*, *Missed Diagnosis*, *Diagnostic Barriers*, além dos correspondentes em português, como depressão, idosos, subdiagnóstico, não reconhecimento e barreiras diagnósticas. As combinações deverão utilizar os operadores booleanos AND e OR, respeitando as particularidades de indexação de cada base. As expressões efetivamente executadas e as respectivas datas de consulta serão registradas para garantir a transparência e a reprodutibilidade da pesquisa.



Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos científicos originais, publicados em português ou inglês, que investigassem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou populações classificadas como idosas conforme os critérios adotados pelos estudos originais. Foram considerados elegíveis estudos quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos que investigassem diretamente o subdiagnóstico da depressão, o não reconhecimento de transtornos depressivos pelos profissionais de saúde, a discrepância entre avaliações diagnósticas estruturadas e diagnósticos previamente reconhecidos ou as barreiras clínicas, individuais e assistenciais relacionadas ao processo de identificação da doença. Estudos com populações de diferentes faixas etárias somente seriam incluídos quando apresentassem resultados específicos para pessoas idosas, permitindo sua análise separadamente.

Foram definidos como critérios de exclusão artigos duplicados, revisões de literatura, editoriais, cartas ao editor, relatos de caso, resumos de eventos científicos e publicações sem relação direta com a questão norteadora. Também foram excluídos estudos que investigassem

exclusivamente a prevalência de sintomas depressivos, os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão ou suas associações com condições clínicas e sociodemográficas, sem avaliar aspectos relacionados ao reconhecimento diagnóstico. Pesquisas baseadas exclusivamente em instrumentos de rastreamento, sem investigação sobre identificação clínica, diagnóstico prévio ou barreiras diagnósticas, não foram consideradas evidências suficientes de subdiagnóstico.

O processo de seleção dos artigos foi estruturado em quatro etapas: identificação dos registros nas bases consultadas, exclusão das duplicatas, triagem mediante leitura dos títulos e resumos e avaliação dos textos completos potencialmente elegíveis. Nessa última etapa, a pertinência de cada publicação seria examinada a partir de seus objetivos, delineamento metodológico, população investigada e resultados apresentados. Os estudos elegíveis seriam selecionados conforme sua capacidade de responder à questão norteadora, considerando a natureza das evidências disponíveis. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão será apresentado por meio de fluxograma adaptado das recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020), com registro dos quantitativos e dos motivos de exclusão em cada etapa.

Para a extração e sistematização das informações, foi definido um instrumento de coleta contendo as seguintes variáveis: autoria, ano de publicação, país de realização, objetivo, delineamento metodológico, características da população, instrumentos de avaliação da depressão, critérios utilizados para identificação do subdiagnóstico, principais resultados e limitações dos estudos. Os artigos também seriam classificados conforme a natureza de sua contribuição científica, distinguindo investigações que demonstrassem diretamente a ausência de reconhecimento diagnóstico daquelas que analisassem barreiras ao rastreamento, à avaliação clínica ou à identificação oportuna da depressão.



A análise dos dados foi planejada por meio de síntese descritiva e interpretação temática, considerando as características metodológicas, os resultados e as limitações das publicações selecionadas. Para a organização das evidências, foram definidos quatro eixos analíticos: magnitude do subdiagnóstico e do não reconhecimento clínico da depressão em idosos; particularidades da apresentação clínica e dificuldades de percepção e comunicação dos sintomas; barreiras profissionais e organizacionais relacionadas ao processo diagnóstico; e estratégias destinadas ao aprimoramento do reconhecimento da depressão nos serviços de saúde. A interpretação dos resultados deverá considerar as convergências e divergências entre os

estudos, evitando generalizações incompatíveis com os delineamentos e as populações investigadas.

Por fim, a síntese das evidências deverá considerar as diferenças entre instrumentos de rastreamento, entrevistas diagnósticas estruturadas, diagnósticos clínicos previamente estabelecidos e registros assistenciais. Resultados positivos em escalas de rastreamento não serão interpretados isoladamente como confirmação de transtorno depressivo ou como demonstração de subdiagnóstico. Essa precaução metodológica busca preservar a consistência científica da revisão e possibilitar uma interpretação crítica dos fatores que dificultam o reconhecimento da depressão em pessoas idosas.

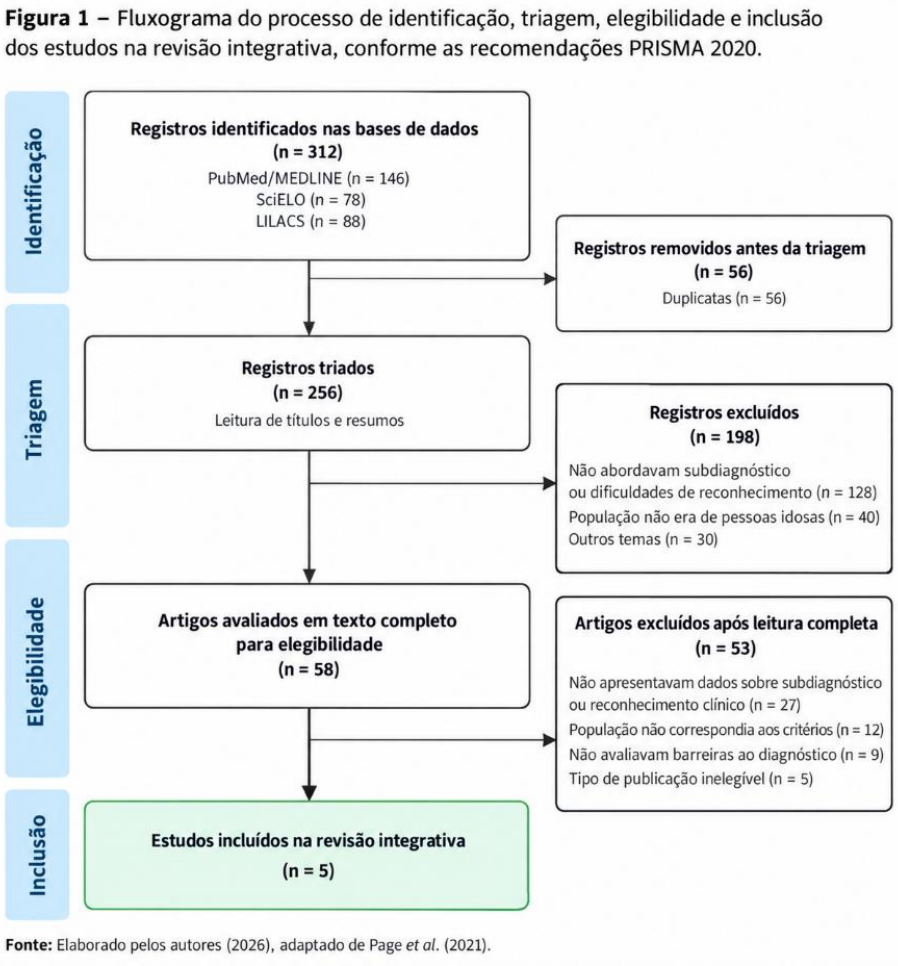
## 3 RESULTADOS

A análise das publicações identificadas permitiu reconhecer diferentes dimensões relacionadas ao subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas, destacando-se as dificuldades de reconhecimento clínico, as particularidades da apresentação dos sintomas, as barreiras à comunicação do sofrimento psíquico e as limitações profissionais e organizacionais dos serviços de saúde. Os estudos examinados apresentaram diferentes delineamentos metodológicos e contextos assistenciais, possibilitando discutir tanto evidências diretas de não reconhecimento da depressão quanto fatores que podem dificultar sua identificação oportuna.



A seleção dos estudos foi estruturada em etapas de identificação, triagem e avaliação de elegibilidade, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia. Durante esse processo, buscou-se priorizar investigações que abordassem diretamente o subdiagnóstico, as dificuldades de reconhecimento clínico ou as barreiras relacionadas à identificação da depressão em pessoas idosas, excluindo-se publicações restritas à prevalência de sintomas depressivos ou aos fatores associados ao desenvolvimento da doença. O processo de seleção será apresentado na Figura 1, por meio de fluxograma adaptado das recomendações PRISMA 2020.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos na revisão integrativa




**Fonte:** Elaborado pelos autores (2026), adaptado de Page et al. (2021).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos sobre o subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas e as dificuldades de reconhecimento clínico

| Autor/ano | Delineamento e população | Objetivo | Principais resultados | Contribuição para a revisão |
|---|---|---|---|---|
| Zhong et al. (2020) | Estudo transversal multicêntrico; 752 idosos ≥65 anos, China. | Investigar a prevalência e o reconhecimento clínico dos transtornos depressivos na atenção primária. | Transtornos depressivos identificados em 20,3% dos participantes; taxa de reconhecimento profissional de 1,3% entre os casos identificados. | Evidência direta de subdiagnóstico, com comparação entre entrevista diagnóstica estruturada e reconhecimento clínico. |
| Kvalbein-Olsen et al. (2023) | Estudo transversal; 383 idosos ≥65 anos, Noruega. | Investigar a ocorrência de sintomas depressivos e seu reconhecimento pelos médicos generalistas. | Entre 38 participantes com sintomas moderados e dados completos, 12 (31,6%) não apresentavam reconhecimento ou suspeita prévia de depressão pelos médicos. | Demonstra dificuldades de reconhecimento clínico, embora a identificação inicial tenha utilizado o PHQ-9. |
| Uomoto (2023) | Projeto de melhoria da qualidade assistencial; 443 pacientes, Estados Unidos. | Avaliar uma intervenção para aprimorar a identificação e o acompanhamento da | A implementação do rastreamento com a GDS-15 esteve associada à melhora estatisticamente significativa da identificação e do | Contribui para a discussão de estratégias assistenciais de identificação precoce. |

| Autor/ano | Delineamento e população | Objetivo | Principais resultados | Contribuição para a revisão |
|---|---|---|---|---|
| | | depressão em idosos na atenção primária. | acompanhamento da depressão. | |
| Habbash et al. (2024) | Estudo transversal; 248 médicos da atenção primária, Bahrein. | Investigar atitudes, práticas e barreiras percebidas no rastreamento da depressão em idosos. | Apenas 10,9% realizavam rastreamento sistemático; tempo insuficiente de consulta e comorbidades foram barreiras frequentes. | Identifica barreiras profissionais e organizacionais ao reconhecimento da depressão. |
| Kvalbein-Olsen et al. (2026) | Estudo qualitativo com grupos focais; 13 médicos, Noruega. | Explorar experiências profissionais relacionadas à avaliação e ao cuidado de idosos com depressão. | Foram relatadas dificuldades na diferenciação entre depressão, manifestações somáticas e alterações cognitivas, além de limitações de tempo e comunicação. | Aprofunda as barreiras clínicas e profissionais relacionadas ao diagnóstico. |

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2026), com base nas publicações examinadas.

# 4 DISCUSSÃO

## 4.1 Magnitude do subdiagnóstico e dificuldades de reconhecimento clínico da depressão

O reconhecimento insuficiente da depressão em pessoas idosas representa um desafio para a assistência à saúde, especialmente nos serviços de atenção primária, nos quais diferentes condições clínicas e psicossociais são frequentemente acompanhadas de forma simultânea. A identificação de transtornos depressivos depende não apenas da presença de manifestações clínicas, mas também da investigação adequada dos sintomas, da utilização de critérios diagnósticos e da capacidade dos profissionais de reconhecer alterações emocionais que podem não constituir a principal queixa durante a consulta.



Zhong *et al.* (2020), em estudo transversal multicêntrico realizado com 752 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, atendidos em 13 unidades de atenção primária na cidade de Wuhan, China, investigaram a prevalência e o reconhecimento clínico dos transtornos depressivos. A avaliação dos participantes foi realizada mediante entrevista diagnóstica estruturada, utilizando a *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0), com base nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição (DSM-IV). Os autores identificaram transtornos depressivos em 20,3% dos participantes, enquanto a taxa de reconhecimento pelos profissionais de saúde foi de apenas 1,3% entre aqueles que apresentavam essas condições.

Os resultados demonstraram expressiva discrepância entre a identificação de transtornos depressivos por avaliação estruturada e seu reconhecimento na prática assistencial. Diferentemente de pesquisas que investigam exclusivamente sintomas depressivos, o estudo de Zhong *et al.* (2020) utilizou critérios diagnósticos definidos, permitindo caracterizar de maneira

mais direta a magnitude do não reconhecimento clínico. Entretanto, os achados devem ser interpretados considerando o contexto geográfico e assistencial investigado, não sendo possível generalizar a proporção observada para outras populações ou sistemas de saúde.

Em perspectiva complementar, Kvalbein-Olsen *et al.* (2023) desenvolveram um estudo transversal envolvendo 383 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, atendidas em 18 unidades de atenção primária na Noruega. Os participantes foram avaliados por meio do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), enquanto os médicos forneceram informações sobre o reconhecimento prévio da depressão e os motivos das consultas. Entre os participantes, 44 (11,4%) apresentaram sintomas depressivos moderados ou graves. No subgrupo de 38 indivíduos com sintomas moderados e informações clínicas completas, 12 (31,6%) não possuíam depressão previamente reconhecida ou suspeitada pelos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Adicionalmente, apenas 31,6% dos participantes desse subgrupo mencionaram problemas psicológicos durante a consulta, embora 67,6% procurassem atendimento médico cinco ou mais vezes ao ano. Esses resultados evidenciam que a frequência de utilização dos serviços de saúde não garante, isoladamente, a identificação das manifestações depressivas, particularmente quando os sintomas emocionais não são abordados espontaneamente ou investigados durante o atendimento.



Ao comparar as duas investigações, observa-se que ambas identificaram dificuldades relevantes no reconhecimento da depressão, embora tenham utilizado procedimentos distintos para caracterizar o problema. Zhong *et al.* (2020) empregaram entrevista diagnóstica estruturada, enquanto Kvalbein-Olsen *et al.* (2023) utilizaram um instrumento de rastreamento de sintomas. Consequentemente, as proporções apresentadas não podem ser diretamente comparadas como medidas equivalentes de subdiagnóstico, uma vez que o resultado positivo no PHQ-9 não constitui, isoladamente, confirmação de transtorno depressivo.

Apesar dessas diferenças metodológicas, os resultados convergem ao demonstrar a existência de lacunas entre a presença de manifestações depressivas e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. Tal constatação reforça a importância de práticas assistenciais que não dependam exclusivamente da manifestação espontânea de queixas emocionais, mas que integrem a investigação da saúde mental à avaliação clínica de pessoas idosas.

### 4.2 Particularidades clínicas e dificuldades de percepção e comunicação dos sintomas

As particularidades da apresentação clínica da depressão em pessoas idosas representam um importante desafio ao reconhecimento diagnóstico. Nessa população, manifestações emocionais podem coexistir com alterações físicas, cognitivas e funcionais, dificultando a diferenciação entre transtornos depressivos e outras condições relacionadas ao envelhecimento. A presença de queixas somáticas, alterações da concentração, dificuldades de memória, fadiga e distúrbios do sono exige uma abordagem clínica abrangente, capaz de considerar a interação entre os diferentes componentes da saúde.

Kvalbein-Olsen *et al.* (2026), em estudo qualitativo desenvolvido na Noruega, investigaram as experiências de dez médicos generalistas e três psiquiatras geriátricos que participaram de um modelo de consultas compartilhadas para o acompanhamento de idosos com depressão. Mediante três grupos focais, os pesquisadores identificaram dificuldades relacionadas ao diagnóstico, à viabilidade da colaboração interdisciplinar e às preocupações com o sobrediagnóstico e o tratamento excessivo.

Entre os principais desafios relatados, destacou-se o predomínio de queixas somáticas durante as consultas, frequentemente acompanhado da ausência de manifestação espontânea dos sintomas depressivos. Os médicos também descreveram dificuldades na diferenciação entre depressão e condições neurocognitivas, particularmente diante da sobreposição entre alterações de atenção, memória e funcionamento cognitivo. Essas características podem contribuir para interpretações clínicas equivocadas, especialmente quando a avaliação se concentra predominantemente nas queixas físicas.



Os resultados de Kvalbein-Olsen *et al.* (2026) ampliam a compreensão dos achados anteriormente apresentados por Kvalbein-Olsen *et al.* (2023). Enquanto a investigação transversal identificou uma proporção relevante de idosos com manifestações depressivas não reconhecidas pelos profissionais, o estudo qualitativo explorou possíveis mecanismos envolvidos nesse processo, incluindo dificuldades de comunicação, limitações de tempo e incertezas na avaliação diagnóstica.

Outro aspecto identificado no estudo de 2026 foi a tendência de alguns pacientes interpretarem manifestações depressivas como consequências naturais do envelhecimento. Essa percepção, relatada pelos profissionais participantes, pode dificultar a procura por assistência e a discussão de questões emocionais durante o atendimento. Entretanto, por se tratar de uma investigação qualitativa baseada nas experiências dos médicos, esses resultados não permitem

estabelecer a frequência dessas situações na população idosa nem determinar relações causais com o subdiagnóstico.

A análise conjunta das investigações sugere que o reconhecimento da depressão exige atenção às manifestações clínicas que ultrapassam os sintomas afetivos tradicionalmente associados ao transtorno. Nesse sentido, a avaliação deve considerar a história clínica, a presença de doenças crônicas, o comprometimento funcional e as condições cognitivas, sem atribuir automaticamente alterações emocionais ao processo de envelhecimento.

### 4.3 Barreiras profissionais e organizacionais relacionadas ao processo diagnóstico

Além das dificuldades relacionadas à apresentação clínica e à comunicação dos sintomas, o reconhecimento da depressão em idosos pode ser influenciado por limitações profissionais e organizacionais dos serviços de saúde. A disponibilidade de tempo para consultas, a formação específica em saúde mental, a utilização de instrumentos de rastreamento e a organização dos processos assistenciais constituem dimensões relevantes para a compreensão dessas barreiras.

Habbash *et al.* (2024), em estudo transversal realizado com 248 médicos da atenção primária no Bahrein, investigaram atitudes, práticas e barreiras percebidas em relação ao rastreamento da depressão em pessoas idosas. Os resultados demonstraram que, embora 54,4% dos participantes apresentassem atitudes positivas em relação ao rastreamento, apenas 10,9% relataram realizá-lo sistematicamente. Além disso, 45,5% informaram não utilizar instrumentos específicos para essa finalidade.



Entre as principais dificuldades relatadas pelos profissionais, destacaram-se o tempo insuficiente das consultas, mencionado por 95% dos participantes, e a presença de múltiplas comorbidades entre pacientes idosos, apontada por 90%. Também foram identificadas limitações relacionadas à disponibilidade de diretrizes clínicas e à capacitação profissional. A realização insuficiente de rastreamento apresentou associação estatisticamente significativa com a percepção de tempo reduzido para atendimento ($p = 0,002$) e com a participação insuficiente em atividades de educação médica continuada relacionadas à saúde mental de pessoas idosas ($p = 0,048$).

Esses resultados evidenciam que o reconhecimento da importância da investigação da depressão não garante sua incorporação sistemática à prática assistencial. A diferença entre as atitudes declaradas e os procedimentos efetivamente relatados sugere a existência de obstáculos que podem comprometer a identificação oportuna dos sintomas depressivos. Entretanto, como

a pesquisa foi fundamentada em informações autorreferidas pelos médicos, não é possível determinar diretamente o número de pacientes que permaneceram sem diagnóstico em consequência dessas barreiras.

Resultados convergentes foram identificados por Kvalbein-Olsen *et al.* (2026), cujos participantes relataram que a pressão assistencial e o tempo limitado das consultas dificultavam a investigação de manifestações emocionais, sobretudo quando os pacientes apresentavam múltiplas queixas físicas. A necessidade de abordar diferentes condições clínicas durante um mesmo atendimento pode reduzir as oportunidades de investigação de sintomas depressivos que não sejam apresentados como motivo principal da consulta.

A aproximação entre os estudos de Habbash *et al.* (2024) e Kvalbein-Olsen *et al.* (2026) permite reconhecer que as limitações organizacionais podem interagir com as particularidades clínicas do envelhecimento. A presença de multimorbidades, por exemplo, não constitui necessariamente um fator causal de subdiagnóstico, mas pode tornar a avaliação mais complexa e exigir maior tempo e aprofundamento clínico.

Dessa maneira, os achados reforçam a importância de considerar o subdiagnóstico da depressão em idosos como uma questão que envolve tanto a avaliação individual quanto as condições de funcionamento dos serviços de saúde. A qualificação profissional e a organização de processos assistenciais que favoreçam a investigação da saúde mental representam estratégias relevantes para enfrentar essas dificuldades.



### 4.4 Estratégias para aprimorar a identificação e o acompanhamento da depressão

Diante das dificuldades de reconhecimento clínico e das barreiras identificadas nos serviços de saúde, torna-se importante analisar estratégias destinadas ao aprimoramento da identificação da depressão em pessoas idosas. Entre as possibilidades investigadas na literatura, destacam-se a utilização estruturada de instrumentos de rastreamento, a organização do acompanhamento clínico e o fortalecimento da colaboração entre profissionais da atenção primária e especialistas em saúde mental.

Uomoto (2023), em projeto de melhoria da qualidade assistencial desenvolvido em um serviço de atenção primária na Califórnia, Estados Unidos, avaliou os efeitos da implementação rotineira da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15) na identificação de sintomas depressivos e no acompanhamento de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. A

investigação analisou dados de 443 pacientes, distribuídos entre um grupo de comparação com 252 indivíduos e um grupo de implementação com 191 participantes.

No período anterior à intervenção, 13 dos 252 pacientes (5,2%) apresentavam diagnóstico de depressão ou sintomas depressivos documentados nos registros clínicos. Após a implementação da GDS-15, 57 dos 191 participantes (29,8%) apresentaram pontuação igual ou superior a cinco, indicando necessidade de avaliação complementar. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Entretanto, é fundamental destacar que os indicadores comparados não eram equivalentes: no primeiro grupo, considerou-se o registro clínico de depressão ou sintomas, enquanto no segundo foi avaliada a positividade no rastreamento.

Quanto ao acompanhamento, o estudo identificou aumento de 46,2% no grupo de comparação para 96,5% no grupo de implementação, considerando os pacientes identificados como necessitando de seguimento relacionado à depressão. Essa diferença também apresentou significância estatística ($p < 0,0001$), sugerindo que a adoção de procedimentos sistematizados de rastreamento pode favorecer a identificação de pacientes que necessitam de investigação clínica e acompanhamento.



Apesar dos resultados favoráveis, a interpretação da investigação de Uomoto (2023) exige cautela. O delineamento de melhoria da qualidade assistencial, realizado em um único serviço, limita a generalização dos resultados. Além disso, a utilização da GDS-15 permite identificar sintomas sugestivos de depressão, mas não confirma, isoladamente, a presença de transtorno depressivo. Portanto, os achados sustentam a contribuição de estratégias estruturadas para aprimorar o rastreamento e o seguimento, sem demonstrar necessariamente uma redução mensurada da prevalência de transtornos depressivos subdiagnosticados.

Outra abordagem relevante foi investigada por Kvalbein-Olsen *et al.* (2026), que analisaram experiências profissionais relacionadas à realização de consultas compartilhadas entre médicos generalistas e psiquiatras geriátricos. Os participantes relataram que a colaboração interdisciplinar favoreceu a troca de conhecimentos, o esclarecimento de dúvidas diagnósticas e o fortalecimento da relação entre profissionais e pacientes.

Segundo os pesquisadores, a participação conjunta dos profissionais permitiu maior aprofundamento na avaliação das manifestações emocionais e cognitivas, contribuindo para discutir situações de incerteza diagnóstica. Os médicos também destacaram a relevância da continuidade assistencial e da integração entre a atenção primária e a assistência especializada.

Contudo, os resultados expressaram percepções dos participantes sobre a experiência, não constituindo demonstração quantitativa de efetividade da intervenção na redução do subdiagnóstico.

Ao analisar conjuntamente os estudos de Uomoto (2023) e Kvalbein-Olsen *et al.* (2026), observa-se que as estratégias propostas atuam em dimensões complementares do processo assistencial. Enquanto a primeira investigação enfatiza a sistematização do rastreamento e do acompanhamento, a segunda destaca a colaboração interdisciplinar e o aprimoramento da avaliação clínica.

Essas abordagens reforçam a necessidade de integrar instrumentos de identificação inicial, julgamento clínico e acompanhamento longitudinal. A utilização de escalas padronizadas deve ocorrer como recurso complementar à avaliação profissional, considerando a duração e a intensidade dos sintomas, as repercussões funcionais, as condições médicas associadas e o contexto psicossocial do paciente. Dessa maneira, o aprimoramento do reconhecimento da depressão deve buscar tanto a redução de falhas diagnósticas quanto a prevenção de classificações inadequadas e intervenções desnecessárias.

### 4.5 Síntese crítica das evidências e limitações dos estudos



A análise dos estudos examinados permitiu identificar diferentes dimensões relacionadas ao subdiagnóstico e às dificuldades de reconhecimento da depressão em pessoas idosas. As investigações demonstraram que o problema pode envolver lacunas na identificação clínica de transtornos depressivos, manifestações que não são espontaneamente comunicadas durante as consultas, dificuldades de diferenciação diagnóstica e barreiras profissionais e organizacionais que limitam a investigação da saúde mental.

Entre as evidências disponíveis, Zhong *et al.* (2020) apresentaram resultados diretamente relacionados ao não reconhecimento de transtornos depressivos identificados por entrevista diagnóstica estruturada. Kvalbein-Olsen *et al.* (2023), por sua vez, demonstraram dificuldades de reconhecimento profissional entre idosos com sintomas depressivos identificados por instrumento de rastreamento. Embora ambas as investigações contribuam para compreender o fenômeno, seus indicadores apresentam diferenças metodológicas que impedem comparações diretas de magnitude.

Os estudos de Habbash *et al.* (2024) e Kvalbein-Olsen *et al.* (2026) ampliaram essa compreensão ao explorar dificuldades profissionais e assistenciais que podem interferir no

processo diagnóstico, incluindo limitações de tempo, múltiplas comorbidades, predomínio de queixas somáticas e desafios na diferenciação entre manifestações depressivas e alterações cognitivas. Entretanto, tais investigações não permitem quantificar diretamente a proporção de pacientes que permaneceram sem diagnóstico em decorrência dessas barreiras.

Uomoto (2023) contribuiu para a discussão de estratégias destinadas à identificação precoce e ao acompanhamento da depressão, demonstrando resultados favoráveis após a implementação de procedimentos sistematizados de rastreamento. Contudo, as diferenças entre os indicadores utilizados nos grupos de comparação e intervenção, associadas às características do delineamento, limitam a atribuição dos resultados exclusivamente à redução do subdiagnóstico.

As principais limitações do conjunto de evidências estão relacionadas à heterogeneidade metodológica, às diferenças entre os instrumentos de avaliação e aos contextos assistenciais investigados. A predominância de estudos transversais e a presença de investigações fundamentadas em relatos profissionais dificultam o estabelecimento de relações causais entre as barreiras identificadas e a ausência de diagnóstico.

Também se observa a necessidade de maior produção científica voltada especificamente à população idosa brasileira, considerando que as cinco investigações centrais foram realizadas em outros países. As diferenças entre os sistemas de saúde e as características sociodemográficas das populações exigem cautela na extrapolação dos achados para o contexto nacional, particularmente para a atenção primária do Sistema Único de Saúde.



Apesar dessas limitações, a análise evidencia que o reconhecimento oportuno da depressão em pessoas idosas depende de uma abordagem clínica e assistencial abrangente, que considere as particularidades da apresentação dos sintomas, a comunicação entre pacientes e profissionais, a qualificação da equipe e a organização dos serviços. A integração entre investigação clínica individualizada, instrumentos de rastreamento utilizados adequadamente e acompanhamento longitudinal pode contribuir para aprimorar a identificação das necessidades de saúde mental dessa população.

Portanto, os estudos examinados indicam que o enfrentamento do subdiagnóstico da depressão em idosos exige estratégias que ultrapassem a simples identificação de sintomas, contemplando também a avaliação diagnóstica, a qualificação profissional e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A compreensão dessas dimensões contribui para fundamentar práticas assistenciais voltadas ao reconhecimento oportuno dos transtornos

depressivos, respeitando as particularidades do envelhecimento e a necessidade de cuidado integral.

## 5 CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu compreender que o subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas constitui um desafio relevante para a assistência à saúde, associado à interação de fatores clínicos, individuais, profissionais e organizacionais. As evidências examinadas apontaram dificuldades no reconhecimento de transtornos depressivos e de manifestações sugestivas da condição, especialmente nos serviços de atenção primária, evidenciando que a presença de sintomas nem sempre resulta em sua identificação e investigação oportunas pelos profissionais de saúde.

Entre os principais fatores relacionados às dificuldades diagnósticas, destacaram-se as particularidades da apresentação clínica da depressão na população idosa, a coexistência de doenças crônicas e alterações cognitivas, o predomínio de queixas somáticas e a comunicação insuficiente de manifestações emocionais durante as consultas. Além disso, foram identificadas barreiras assistenciais relacionadas ao tempo reduzido de atendimento, à utilização não sistemática de instrumentos de rastreamento e às limitações na capacitação profissional, aspectos que podem comprometer o reconhecimento adequado da condição.



Os estudos também evidenciaram a importância de estratégias voltadas ao aprimoramento da identificação e do acompanhamento da depressão, incluindo a utilização criteriosa de instrumentos padronizados de rastreamento, a avaliação clínica individualizada, a qualificação dos profissionais e o fortalecimento da colaboração interdisciplinar. Ressalta-se, entretanto, que a identificação de sintomas depressivos por escalas não equivale à confirmação diagnóstica, sendo indispensável considerar as condições clínicas, cognitivas, funcionais e psicossociais de cada paciente.

Apesar das contribuições identificadas, a heterogeneidade dos delineamentos metodológicos, dos instrumentos empregados e dos contextos assistenciais investigados limita a comparação direta dos resultados e sua generalização para diferentes populações. Destaca-se, ainda, a necessidade de ampliar as investigações sobre o subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas no contexto brasileiro, especialmente na atenção primária à saúde, mediante estudos que comparem avaliações diagnósticas estruturadas com o reconhecimento clínico e examinem as barreiras enfrentadas por pacientes e profissionais.

Conclui-se, portanto, que o enfrentamento do subdiagnóstico da depressão em idosos exige uma abordagem integral, fundamentada no reconhecimento das particularidades do envelhecimento, na qualificação dos processos diagnósticos e na organização de serviços capazes de identificar oportunamente as necessidades de saúde mental dessa população. O fortalecimento dessas estratégias poderá contribuir para reduzir falhas no reconhecimento clínico, favorecer o acesso ao cuidado adequado e promover uma assistência mais humanizada, resolutiva e centrada na pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

BAGGIO, A. C. et al. Autopercepção de sintomas depressivos, autorrelato de diagnóstico médico e fatores associados: achados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros, 2019-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 35, e20250158, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222026v35e20250158.pt.

HABBASH, F. et al. Primary care physicians' attitudes, practices, and perceived barriers toward depression screening in older people in the Kingdom of Bahrain. **Frontiers in Medicine**, v. 11, artigo 1403469, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1403469.

KVALBEIN-OLSEN, L. C.; AAKHUS, E.; HAAVET, O. R.; WERNER, E. L. Unrecognised depression among older people: a cross-sectional study from Norwegian general practice. **BJGP Open**, v. 7, n. 1, BJGPO.2022.0135, 2023. DOI: https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0135.

KVALBEIN-OLSEN, L. C.; AAKHUS, E.; HAAVET, O. R.; WERNER, E. L. Joint consultations with general practitioners and geriatric psychiatrists for older adults with depression: a focus group study. **BMC Primary Care**, v. 27, artigo 43, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-025-03169-2.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71.

SOUZA, D. O. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 17, n. 2, 2025.

UOMOTO, K. E. Increasing identification and follow-up of older adult depression in primary care. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 14, artigo 21501319231152758, 2023. DOI: https://doi.org/10.1177/21501319231152758.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

ZHONG, B.-L.; RUAN, Y.-F.; XU, Y.-M.; CHEN, W.-C.; LIU, L.-F. Prevalence and recognition of depressive disorders among Chinese older adults receiving primary care: a multi-center cross-sectional study. **Journal of Affective Disorders**, v. 260, p. 26–31, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.011.