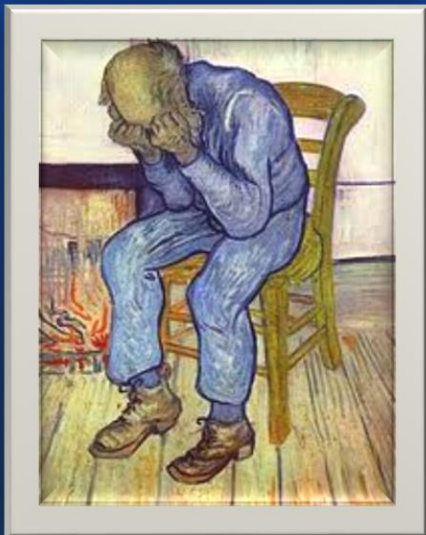


Abordagem Cognitiva: casos de diabetes com sintomas depressivos

baseado no volume da WPA “Depression and Diabetes”
(KATON W., MAJ M., SARTORIUS N., eds. – Chichester: Wiley, 2010)



Elaborado por: Pós-doc Thomaz Décio Abdalla Siqueira

E-mail: thomazabdalla@ufam.edu.br

Nelzo Ronaldo de Paula Cabral Marques Junior

O que leva uma pessoa a ter diabetes?

O diabetes acontece quando o pâncreas produz pouca insulina ou quando existem problemas para o funcionamento dela. Se isso não for tratado, a quantidade de glicose no sangue começa a aumentar, atingindo níveis acima do normal.

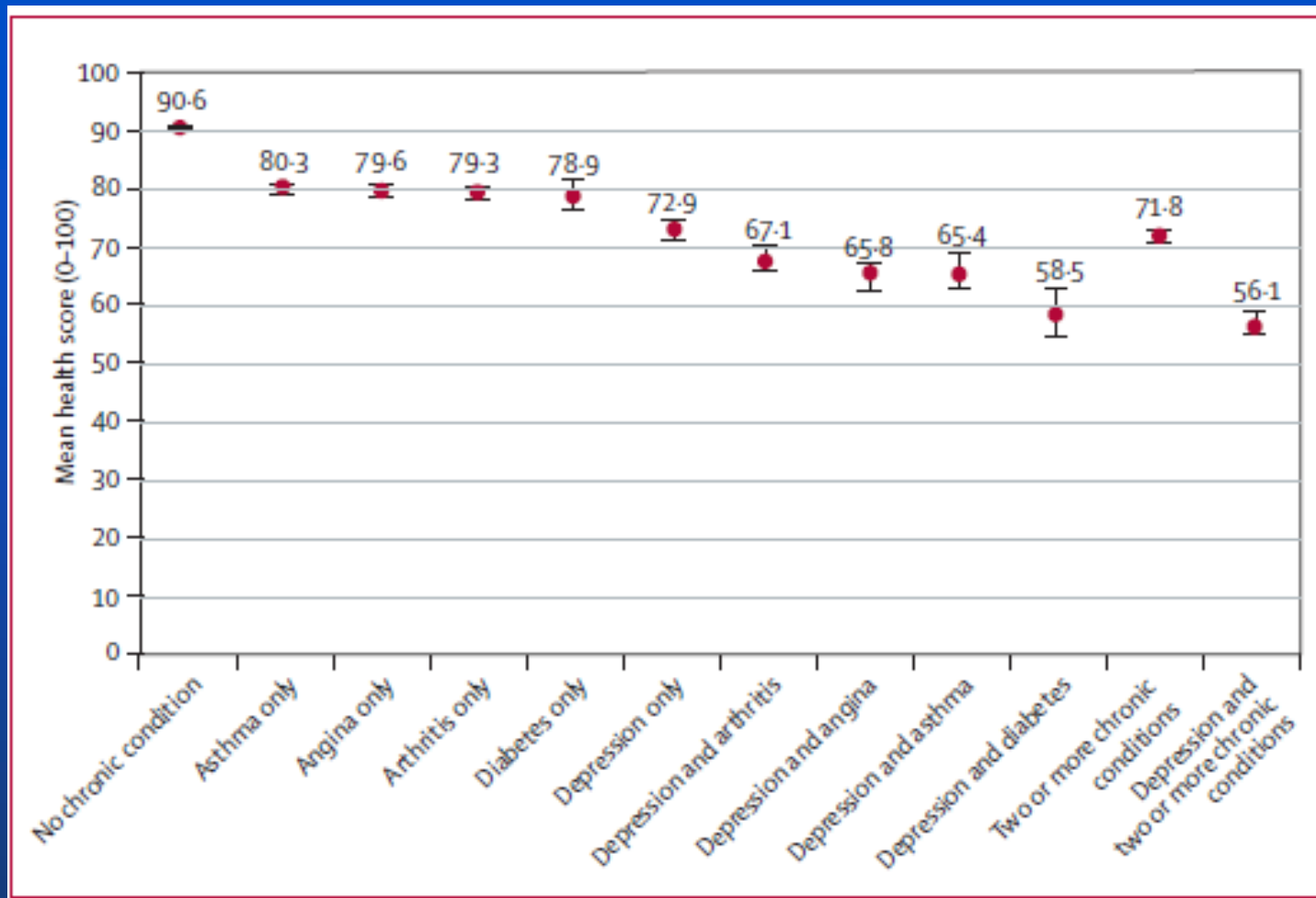
Qual o nível normal de diabetes?

O estado de normalidade da glicemia em jejum é de 70 mg/dl a 100 mg/dl. Uma pessoa é classificada como pré-diabética ao medir a sua glicemia em jejum e atingir entre 100 e 125 mg/dl. Já aqueles que atingem a partir de 126 mg/dl são considerados diabéticos.

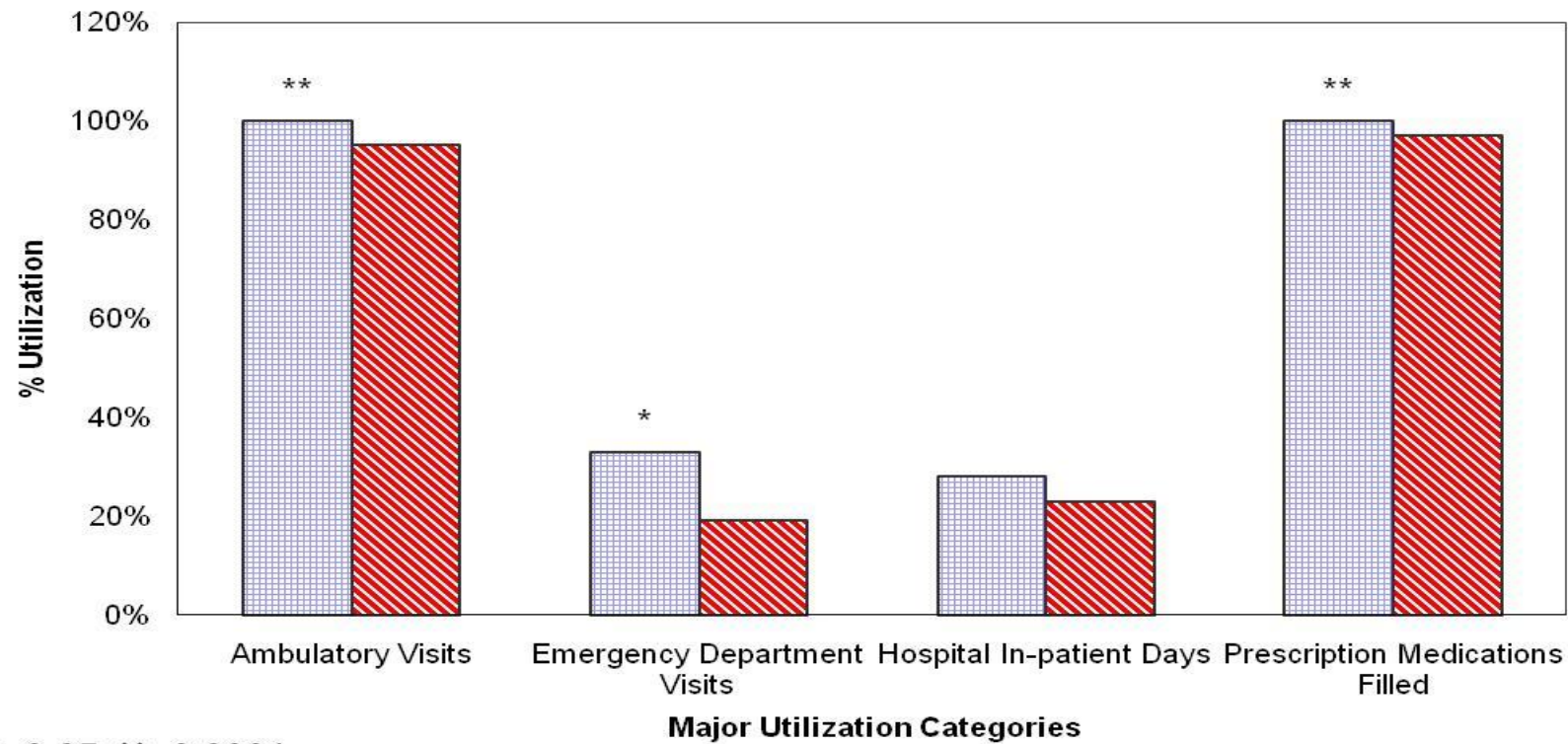
Epidemiologia da depressão e diabetes

- Entre indivíduos com diabetes, a prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos é de 31% e de Depressão Maior é de 11% (ANDERSON et al., 2001).
- Pessoas com transtornos depressivos tem um aumento de 65% no risco para desenvolver diabetes (CAMPAYO et al., 2010).
- O prognóstico da diabetes e da depressão (em termos de complicações, resistência ao tratamento e mortalidade) é pior quando ambas são comorbidas do que quando acontecem separadamente.

Fonte: Lloyd CE et al. The epidemiology of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.



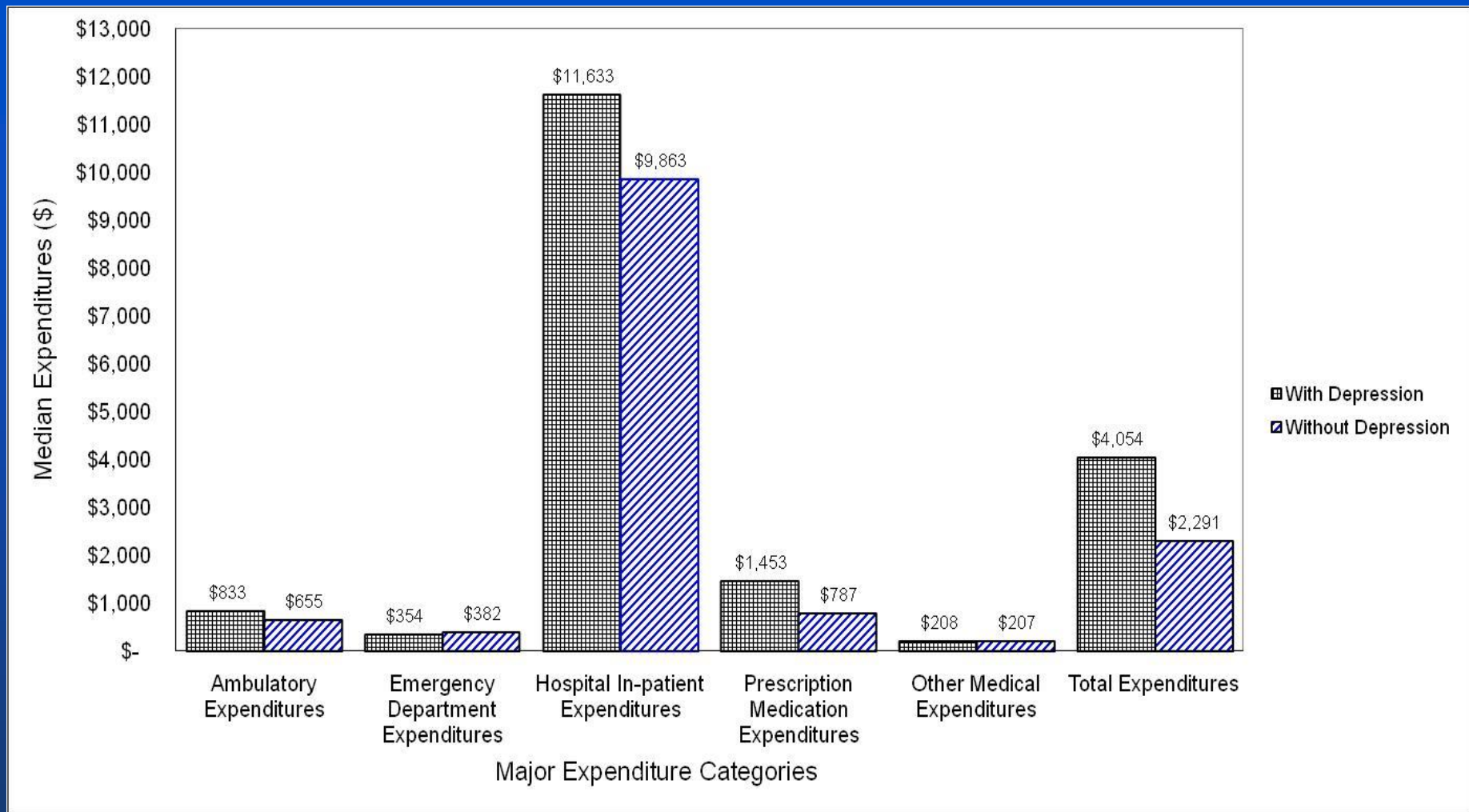
Pessoas com depressão e diabetes comórbidas apresentam piores auto-relatos de saúde do que aqueles com depressão e qualquer outra doença crônica (Moussavi et al., Lancet 2007;370:851-858). Fonte: Lloyd CE et al. The epidemiology of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.



* <0.05 ; ** <0.0001 .



A utilização dos serviços de saúde é significativamente maior entre os pacientes diabéticos deprimidos do que entre os diabéticos não-deprimidos (US 1996 data). *Fonte: Egede LE. Medical costs of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.*



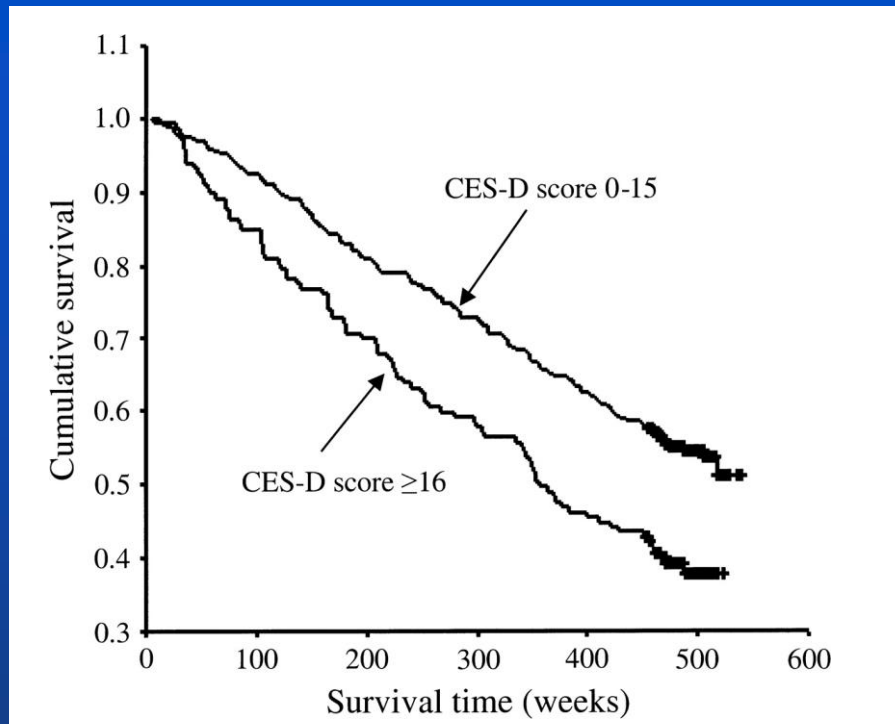
Os gastos com serviços de saúde são significativamente maiores com os diabéticos deprimidos do que com os diabéticos não-deprimidos (US 1996 data). *Fonte: Egede LE. Medical costs of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.*

Complicações da depressão e diabetes

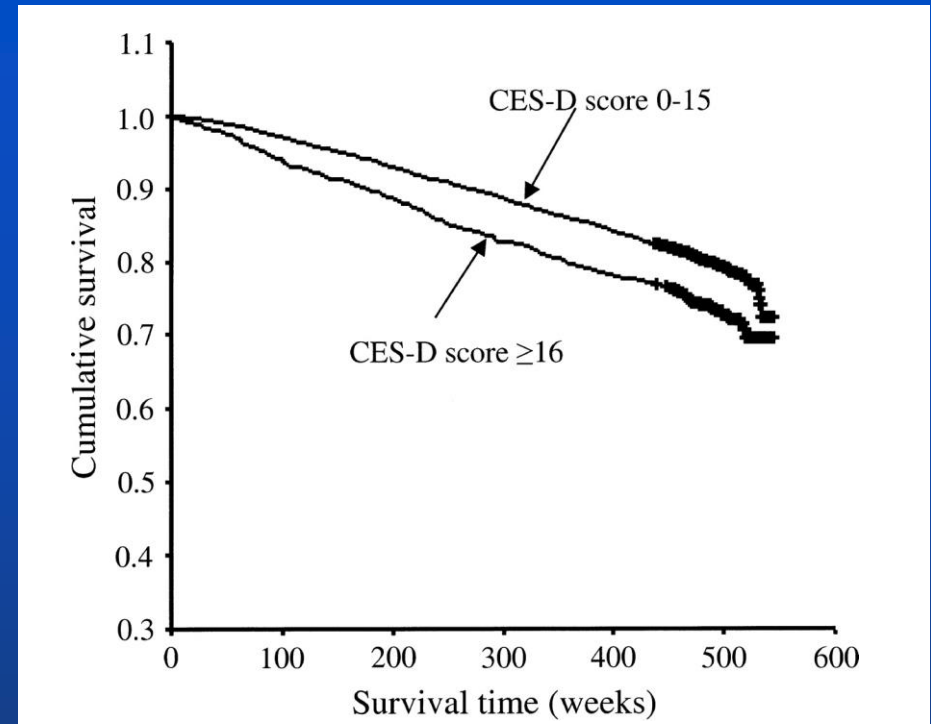
- Uma associação prospectiva foi documentada entre sintomas depressivos prévios e a incidência de doença coronariana em pacientes diabéticos (ORCHARD et al., 2003).
- Uma associação prospectiva foi encontrada entre depressão e a incidência de retinopatia em crianças diabéticas (Kovacs et al., 1995).
- Sintomas depressivos são mais comuns em diabéticos com problemas macro e micro-vasculares, como disfunção erétil e pé diabético, apesar da relação causal não estar bem clara (THOMAS et al., 2004).

Fonte: Lloyd CE et al. The epidemiology of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

População diabética



População não-diabética



Foi encontrada uma forte associação entre sintomas depressivos (como acessado pela escala de depressão do Center for Epidemiological Studies - Depression Scale, CES-D) e aumento na mortalidade em diabéticos, mas não naqueles não-diabéticos, após ajuste para fatores socio-demográficos e de estilo de vida (Zhang et al., Am. J. Epidemiol. 2005;161:652-660). Fonte: *Lloyd CE et al. The epidemiology of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.*

A ligação depressão-diabetes: fatores comportamentais

- Depressão está associada a redução de atividade física, que aumenta o risco para obesidade e conseqüentemente para diabetes tipo 2
- Depressão está associada a piores auto-cuidados com o diabetes (incluindo tomada de medicações via oral, modificações dietéticas, exercício e monitoramento da glicose sanguínea).
- Problemas emocionais relacionados ao diabetes podem levar ao desenvolvimento de depressão.

Fonte: Lloyd CE et al. The epidemiology of depression and diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

A ligação depressão-diabetes: fatores biológicos

- Depressão é um fenótipo para uma variedade de transtornos relacionados ao estresse que levam a uma ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a uma desregulação do sistema nervoso autônomo e a uma liberação de citocinas pró-inflamatórias, por fim resultando em resistência a insulina.
- Programação metabólica em nível genético e desnutrição (intra-útero e na infância) podem predispor tanto a diabetes quanto a depressão.



Problemas práticos decorrentes da comorbidade depressão-diabetes – I

Problema	Impacto
<ul style="list-style-type: none">• Sobreposição dos sintomas de depressão e diabetes• Sintomas de depressão mimetizam sintomas de diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Paciente e médico podem não perceber a depressão e podem primariamente atribuir a mudança de status à piora dos auto-cuidados com o diabetes
<ul style="list-style-type: none">• Depressão pode estar associada com incidência ou aumento de sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none">• Paciente pode não sentir-se totalmente amparado ou compreendido pelo medico durante as consultas quando resultados de exames físicos e laboratoriais não correspondem às queixas subjetivas
<ul style="list-style-type: none">• Depressão é comumente associada a dificuldades com o auto-manejo do diabetes e à aderência ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Paciente pode se conformar quanto a sua capacidade de realizar mudanças, ex: “Eu sei o que devo fazer e o que não devo fazer, porem mesmo assim faço as coisas erradas e não sei porque!”• Médico pode desacreditar acerca da capacidade do paciente em realizar mudanças relevantes para o seu auto-cuidado

Fonte: Hellman R, Ciechanowski P. Diabetes and depression: management in ordinary clinical conditions. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Problemas práticos decorrentes da comorbidade depressão-diabetes – II

Problema	Impacto
<ul style="list-style-type: none">• Indivíduos com depressão podem tentar regular suas emoções comendo ou utilizando substâncias	<ul style="list-style-type: none">• O médico que não compreenda os sintomas depressivos subjacentes e o desespero do paciente em regular suas emoções pode passar a julgar o comportamento do paciente, devido ao estigma e respostas comumente associadas a esse tipo de comportamento
<ul style="list-style-type: none">• Fatores estressores que interferem com as estratégias de auto-cuidados e que pioram o status do diabetes podem precipitar ou exacerbar depressão	<ul style="list-style-type: none">• O paciente e o médico podem atribuir um pior desfecho do diabetes a uma piora nos auto-cuidados devido a um estilo de vida agitado, sem perceberem o desenvolvimento insidioso da depressão e suas consequências
<ul style="list-style-type: none">• Depressão pode reduzir a habilidade dos indivíduos afetados de confiar nos outros ou de se satisfazer com o atendimento de saúde• Depressão está comumente associada a mudanças nos padrões de busca por atendimentos de saúde e na aderência às consultas agendadas	<ul style="list-style-type: none">• O paciente pode estar relutante em marcar consultas, comparecer para as consultas, buscar ajuda dos profissionais de saúde ou relutante em colaborar com os profissionais de saúde durante as consultas

Fonte: Hellman R, Ciechanowski P. *Diabetes and depression: management in ordinary clinical conditions. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.*

Problemas práticos decorrentes da comorbidade depressão-diabetes – III

Problema	Impacto
<ul style="list-style-type: none">Depressão pode estar associada a um pobre controle da glicemia sérica independentemente das ações comportamentais tomadas	<ul style="list-style-type: none">Isso pode levar a desesperança, culpa, perda de sentimento de poder ou a uma sensação de diminuição da sensação de controle sobre a doença e pode influenciar a motivação do paciente em se engajar em novas recomendações de tratamentoOs médicos que não percebem a depressão podem culpar inadvertidamente seu paciente por uma situação sobre a qual ele tem muito pouca condição de controlar no momento
<ul style="list-style-type: none">Depressão esta comumente associada a dificuldade em organizar tarefas	<ul style="list-style-type: none">O que pode ter sido compreendido facilmente no passado, agora pode necessitar ser anotado, repetido e conferido quanto a capacidade de compreensão, enquanto o paciente estiver deprimido
<ul style="list-style-type: none">Depressão leva a uma visão mais pessimista do futuro	<ul style="list-style-type: none">Os médicos podem precisar ajudar os pacientes deprimidos a fracionar as tarefas em passos que tenham retorno positivo mais rapidamente (ex: redução de sintomas físicos)
<ul style="list-style-type: none">Depressão esta comumente associada a ansiedade	<ul style="list-style-type: none">Os médicos devem considerar a presença de ansiedade que pode aumentar a incerteza do paciente a cerca de tomada de decisões e aumentar o senso geral de medo sobre sua chance de sucesso

Fonte: Hellman R, Ciechanowski P. *Diabetes and depression: management in ordinary clinical conditions*. In: *Depression and Diabetes*. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Ensaio de eficácia de psicoterapias para depressão e diabetes

Estudo	Intervenções	Desfecho
Lustman et al., 1998	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mais educação sobre diabetes vs. Somente educação sobre diabetes	Melhora da depressão assim como no controle glicêmico no grupo de TCC vs. Grupo controle
Huang et al., 2002	Antidiabéticos + Educação sobre diabetes + tratamento psicológico + relaxamento e tratamento musical vs. Somente antidiabéticos	Melhora da depressão assim como no controle glicêmico no tratamento vs. Grupo controle
Li et al., 2003	Antidiabéticos + educação sobre diabetes + tratamento psicológico vs. Somente antidiabéticos	Melhora da depressão assim como no controle glicêmico em tratamento vs. Grupo controle
Lu et al., 2005	Educação sobre acidente vascular cerebral e diabetes + tratamento eletromiográfico + tratamento psicológico vs. Tratamento usual	Melhora da depressão assim como do controle glicêmico em tratamento vs. Grupo controle
Simson et al., 2008	Psicoterapia de apoio individual vs. Tratamento usual	Melhora da depressão assim como controle glicêmico naqueles em psicoterapia de apoio vs. Grupo controle

Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: *Depression and Diabetes*. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Ensaio de eficácia de medicações para depressão em diabetes

Estudo	Intervenções	Desfecho
Lustman et al., 1997	Treinamento do Glucometro + nortriptilina vs. placebo	Melhora da depressão mas sem melhora do controle glicêmico com Nortriptilina vs. Placebo
Lustman et al., 2000	Fluoxetina vs. placebo	Melhora da depressão mas sem melhora do controle glicêmico com fluoxetina vs. Placebo
Paile-Hyvärinen et al., 2003	Paroxetina vs. placebo	Apos melhora inicial no grupo da Paroxetina aos 3 meses, não houve melhora significativa para ambos desfechos no final do acompanhamento
Xue et al., 2004	Paroxetina vs. placebo	Melhora da depressão mas sem melhora no controle glicêmico com Paroxetina vs. Placebo
Gülseren et al., 2005	Fluoxetina vs. paroxetina	Ambos os grupos melhoraram significativamente da depressão mas sem melhora do controle glicêmico
Paile-Hyvärinen et al., 2007	Paroxetina vs. placebo	Sem melhora significativa nos desfechos de depressão e no controle glicêmico

Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Manejo da depressão em diabéticos: Passo 1

Avalie:

- Depressão utilizando o questionário: Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9);
- Desesperança ou sensação de sentir-se sobrecarregado com os auto-cuidados;
- Ataques do pânico e Transtorno de Estresse Pós-Traumático comórbidos;
- Inabilidade para diferenciar sintomas de ansiedade de sintomas da diabetes (ex: hipoglicemia);
- Preocupação com alimentação;
- “Comer emocional” em resposta a tristeza/solidão/raiva;
- Compulsão alimentar (binge eating) / Purgação;
- Alimentação noturna.



Manejo da depressão em diabéticos: Passo 2



Melhore os auto-cuidados:

- Investigue “perda de controle” dos auto-cuidados da doença;
- Investigue o entendimento da ligação bidirecional entre estresse e auto-cuidados piores e os desfechos;
- Defina depressão, como se sobrepõe ao estresse e como se diferencia de estresse;
- Revise sintomas de depressão e como esses sintomas se sobrepõe ou imitam sintomas de diabetes;
- Discuta o aumento de sintomas médicos relacionados a depressão;
- Fracione as tarefas de auto-cuidados do diabetes, depressão e outras doenças;
- Ajude os pacientes a priorizarem a ordem de importância de tarefas específicas.

Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Manejo da depressão em diabéticos: Passo 3

Apoio:

- Considere psicoterapia breve adjunta para:
 - “Comer emocional” (Terapia Cognitivo-comportamental);
 - Resolução de problemas (Terapia de Solução de Problemas);
 - Melhorar aderência ao tratamento (Entrevista motivacional).



Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Manejo da depressão em diabéticos: Passo 4

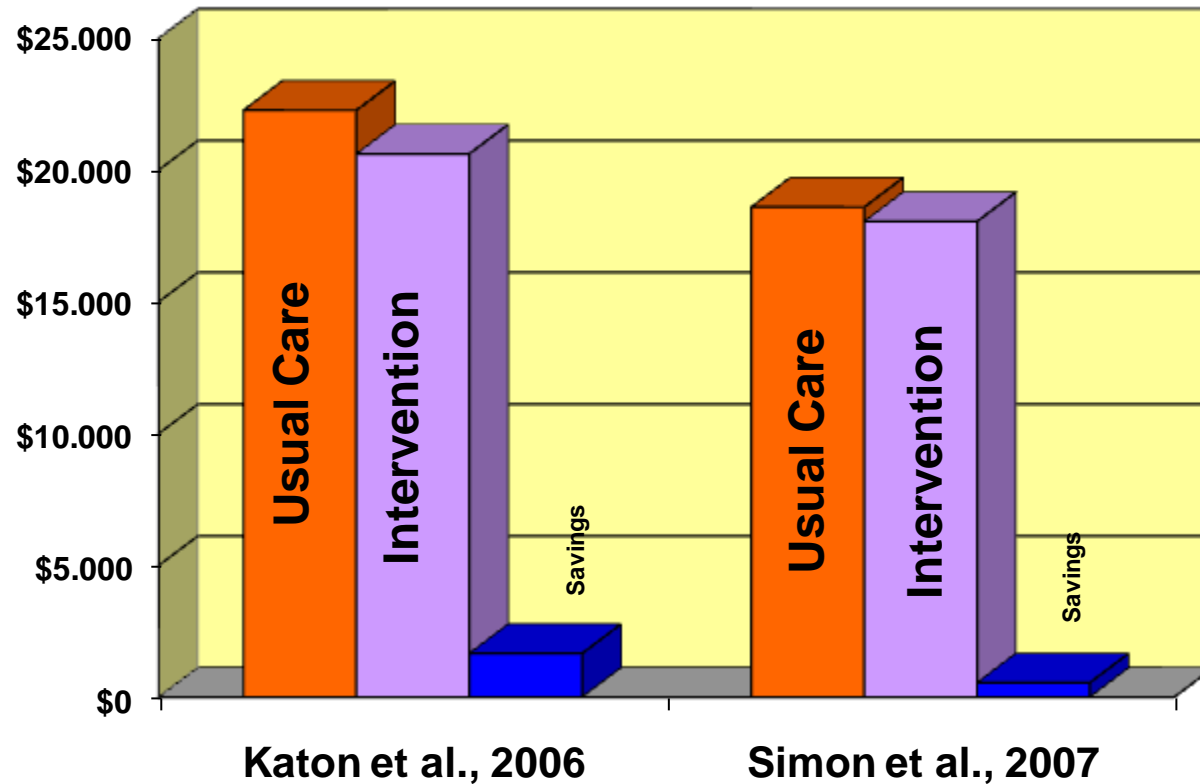


Considere medicação:

- Depressão e Ansiedade comórbidas: ISRS ou ISRN;
- Disfunção sexual: use bupropiona ou, se já respondeu a ISRS, adicionar buspirona;
- Neuropatia significativa: escolha bupropiona, venlafaxina ou duloxetina devido a efetividade no tratamento de dor neuropática.

Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

**Total Medical
Costs Over a 2-
Year Period**



Melhora no tratamento para depressão em pacientes diabéticos esta associada a menores custos aos serviços de saúde num período de 2 anos.

Fonte: Katon W, van der Felz-Cornelis C. Treatment of depression in patients with diabetes. In: Depression and Diabetes. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

Agradecimentos

Esse resumo faz parte do programa da WPA que objetiva aumentar o conhecimento sobre a prevalência e implicações prognósticas da depressão em pessoas com doenças físicas. O apoio ao programa por parte da *Lugli Foundation*, *Italian Society of Biological Psychiatry*, *Eli-Lilly* e *Bristol-Myers Squibb* é gratamente reconhecido. A WPA agradece ao Dr. Andrea Fiorillo, Nápoles, Itália por sua ajuda na preparação deste resumo e Dr. Felipe Picon, Porto Alegre – RS, Brasil por sua ajuda na tradução para o português para os psicoterapeutas cognitivos.

