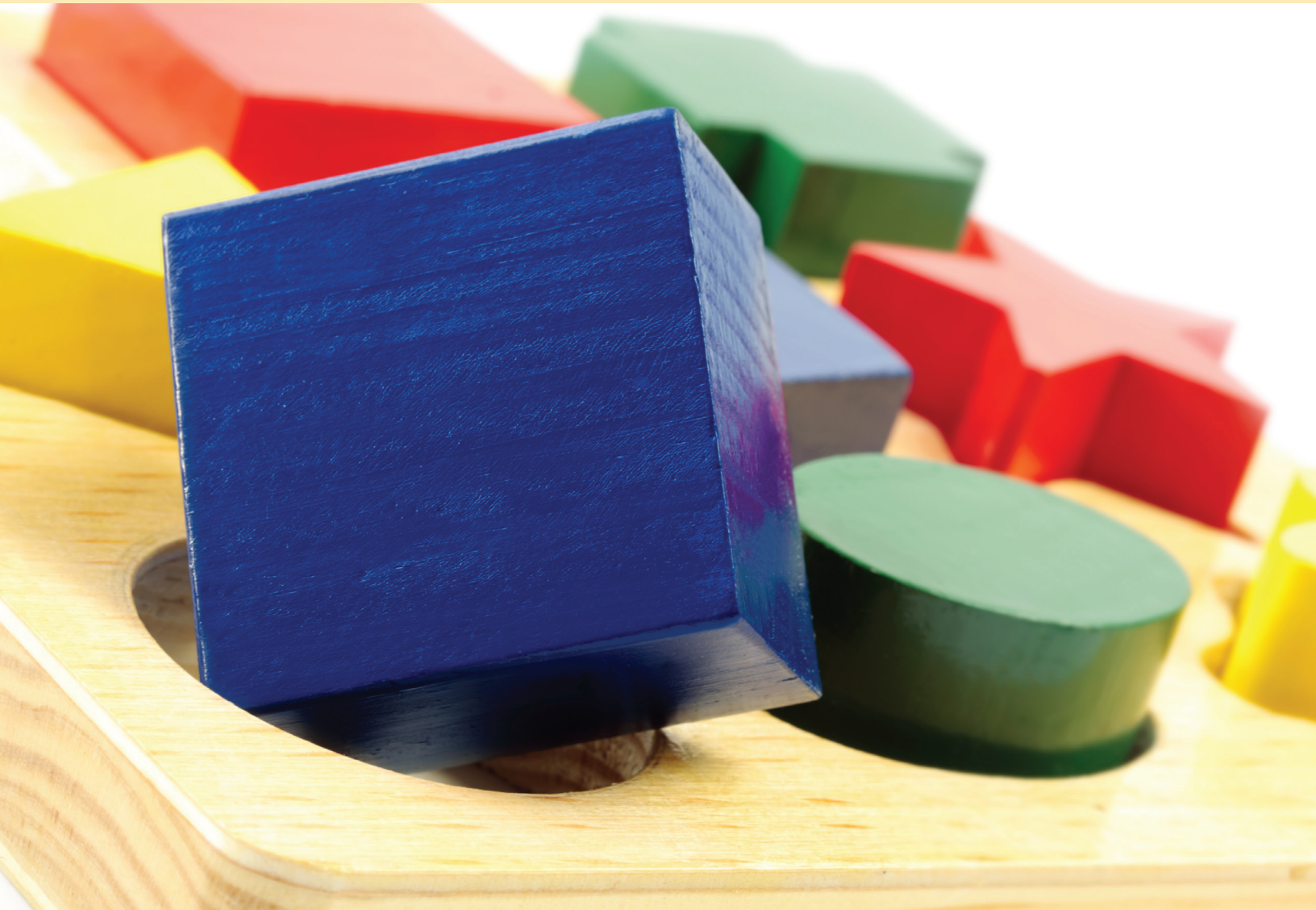


Clínico geral, psiquiatra, psicólogo, paciente. A quadratura do círculo? Disfunção cognitiva no transtorno depressivo maior

Esta atividade educacional é patrocinada por um subsídio educativo independente concedido pela Lundbeck Inc.



<http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Esta atividade educacional é destinada a um público internacional de profissionais de cuidados de saúde de fora dos EUA, especificamente psiquiatras, neurologistas e clínicos gerais envolvidos no tratamento de pacientes com transtorno depressivo maior (TDM).

O objetivo desta atividade é aumentar a conscientização a respeito das abordagens multidisciplinares ao tratamento do TDM e comprometimento cognitivo, utilizando uma discussão baseada em casos.

Após a conclusão desta atividade, os participantes estarão aptos a:

- Examinar os desafios clínicos do tratamento da disfunção cognitiva em pacientes com TDM, da perspectiva do clínico geral e do especialista
- Identificar as melhores práticas em diagnóstico, encaminhamento e seguimento de pacientes com disfunção cognitiva e TDM entre o clínico geral e o especialista
- Reconhecer as diferenças entre a abordagem nos cuidados primários e nos serviços especializados

Informações sobre o corpo docente e declarações

A WebMD Global exige que cada indivíduo que tenha controle sobre o teor de uma das suas atividades educativas declare quaisquer relações financeiras relevantes ocorridas nos últimos 12 meses que possam criar um conflito de interesses.

Moderador

Roger S. McIntyre, MD, FRCPC

Professor de Psiquiatria e Farmacologia, Universidade de Toronto; Chefe da Unidade de Psicofarmacologia dos Transtornos do Humor, University Health Network, Toronto, Ontário, Canadá

Declaração: O Dr. Roger S. McIntyre, MD, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheiro ou consultor para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Organon Pharmaceuticals USA Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Serviu como palestrante ou membro de comitê de palestrantes para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Pfizer Inc.

Recebeu subsídios para pesquisa clínica de: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Integrantes do painel

Bernhard T. Baune, MD, PhD, MPH

Professor Catedrático de Psiquiatria; Chefe da Disciplina de Psiquiatria, Escola de Medicina, Royal Adelaide Hospital, Universidade de Adelaide, Adelaide, Sul da Austrália, Austrália

Declaração: O Dr. Bernhard T. Baune, MD, PhD, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheiro ou consultor para: Lundbeck, Inc.

Serviu como palestrante ou membro de comitê de palestrantes para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; SERVIER; Wyeth Pharmaceuticals Inc.

Recebeu subsídios para pesquisa clínica de: National Health and Medical Research Council, Austrália

Larry Culpepper, MD, MPH

Professor de Medicina Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Boston; Médico permanente do Centro Médico de Boston, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

Declaração: O Dr. Larry Culpepper, MD, MPH, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheiro ou consultor para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Elsevier Press; Forest Laboratories, Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Shire; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.

Possui ações, opções de ações, ou títulos de: M3 (My Mood Monitor)

Recebeu royalties de: UpToDate, Oxford University Press; recebeu pagamento por ter atuado como o Editor Chefe da publicação *Primary Care Companion for CNS Diseases*

Judith Jaeger, PhD, MPA

Professora Clínica de Psiquiatria Clínica e Ciências do Comportamento, Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University, Nova Iorque, NY, Estados Unidos

Declaração: A Dra. Judith Jaeger, PhD, MPA, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheira ou consultora para: Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

É empregada de uma associação com fins lucrativos: CognitionMetrics, LLC

Editora

Leanne Fairley, BJ Hon, Diretora Científica, WebMD Global, LLC

Declaração: Leanne Fairley, BJ Hon, declarou ausência de relações financeiras relevantes.

Revisor de conteúdo:

Robert Morris, PharmD

Diretor Clínico Associado de CME [educação médica continuada]

Declaração: Robert Morris, PharmD, declarou ausência de relações financeiras relevantes.



CLÍNICO GERAL, PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, PACIENTE. A QUADRATURA DO CÍRCULO? DISFUNÇÃO COGNITIVA NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Moderador

Roger S. McIntyre, MD, FRCPC

Professor de Psiquiatria e Farmacologia

Universidade de Toronto

Chefe, Transtornos do Humor

Serviço de Farmacologia

University Health Network

Toronto, Canadá

Roger S. McIntyre, MD, FRCPC: Olá. Meu nome é Roger McIntyre. Sou Professor de Psiquiatria e Farmacologia na Universidade de Toronto em Toronto, Ontário, Canadá. Sejam bem-vindos ao programa "Clínico geral, psiquiatra, psicólogo, paciente. A quadratura do círculo? Disfunção cognitiva no transtorno depressivo maior."



Corpo docente

Bernhard Baune, MD, PhD, MPH

Professor Catedrático de Psiquiatria
Chefe da Disciplina de Psiquiatria
Escola de Medicina
Royal Adelaide Hospital
Universidade de Adelaide
Adelaide, Austrália

Judith Jaeger, PhD, MPA

Professora Clínica de Psiquiatria e
Ciências do Comportamento
Albert Einstein College of Medicine
Yeshiva University
Nova Iorque, EUA

Larry Culpepper, MD, MPH

Professor de Medicina de Família
Faculdade de Medicina da
Universidade de Boston
Médico permanente
Centro Médico de Boston
Boston, EUA

O nosso painel de hoje é composto por 2 psiquiatras, uma psicóloga e um clínico geral. Primeiramente, gostaria de apresentar Larry Culpepper, professor de Medicina Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Boston, Boston, Massachusetts, Estados Unidos. Bem-vindo.

Larry Culpepper, MD: Obrigado, Roger. É um prazer estar aqui.

Dr McIntyre: Também gostaria de dar as boas-vindas a Bernhard Baune. O Dr. Baune é Professor Catedrático de Psiquiatria e Chefe da Disciplina de Psiquiatria na Escola de Medicina do Royal Adelaide Hospital, Universidade de Adelaide, em Adelaide, Austrália. Bem-vindo, Dr. Baune.

Bernhard T. Baune, MD, PhD, MPH: Obrigado pelo convite, Roger.

Dr McIntyre: Em terceiro lugar, gostaria de apresentar Judith Jaeger. A Dra. Jaeger é Professora Clínica de Psiquiatria Clínica e Ciências do Comportamento no Albert Einstein College of Medicine da Yeshiva University, em Nova Iorque, Estados Unidos. Bem-vinda, Judy.

Judith Jaeger, PhD, MPA: Obrigada, Roger.

Descrição geral do programa

- Discussão de abordagens terapêuticas multidisciplinares para TDM e disfunção cognitiva usando 3 casos de pacientes como base para a discussão

Dr. McIntyre: Neste programa, discutiremos abordagens multidisciplinares para o tratamento do transtorno depressivo maior (TDM) com comprometimento cognitivo. Utilizaremos 3 casos de pacientes como base para nossa discussão hoje.

Caso 1

Sra. Bremen, 30 anos, proprietária de um restaurante, apresenta insônia há 3 meses. Ela tem estado estressada a respeito da sustentabilidade do seu negócio e está preocupada com os seguintes sintomas:

- Falta de sono
- Dificuldade de concentração
- Esquecimento
- Nova dificuldade em realizar tarefas de contabilidade
- Irritabilidade

Professor Culpepper, você tem um caso que gostaria de apresentar.

Dr. Culpepper: Sim, eu gostaria de apresentar a Sra. Bremen. Uma mulher de 30 anos, proprietária de um restaurante, que apresenta insônia há aproximadamente 3 meses. Ela tem estado muito estressada, principalmente por causa dos seus negócios. Ela está muito preocupada com a possibilidade de falha do seu negócio. Está com dificuldade em dormir e para se concentrar. Ela esquece as coisas e passou a ter dificuldade com simples tarefas de contabilidade. Também está muito irritada com as pessoas ao seu redor, e está preocupada que isso possa condenar os seus negócios de uma vez.

Resultados do PHQ-9: Dificuldade de concentração e sono

Nas últimas 2 semanas, com que frequência ficou incomodado por qualquer um dos problemas a seguir? (Use "✓" para assinalar sua resposta)	Nenhuma vez	Vários dias	Mais de metade do número de dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3 ✓
2. Sensação de tristeza, depressão ou falta de esperança	0	1	2 ✓	3
3. Dificuldade em dormir ou permanecer dormindo ou dormir demasiado	0	1	2	3 ✓
4. Sensação de cansaço ou pouca energia	0	1	2	3 ✓
5. Perda do apetite ou comer em demasia	0	1	2 ✓	3
6. Sente-se mal consigo mesmo — ou que não vale nada ou que se decepcionou a si mesmo ou à sua família	0	1	2 ✓	3
7. Tem dificuldade para se concentrar em coisas como, por exemplo, ler o jornal ou assistir à televisão	0	1	2	3 ✓
8. Movimenta-se ou fala com tanta lentidão que as outras pessoas puderam notar? Ou, ao contrário, está tão inquieto e agitado que se movimenta muito mais do que o normal	0	1	2	3 ✓
9. Pensamentos de que seria melhor que estivesse morto ou de se ferir de alguma forma	0 ✓	1	2	3

Pontuação total = 21

Website do Questionário da Saúde do Paciente (PHQ) para rastreamento

Apliquei o Questionário Sobre a Saúde do Paciente de 9 itens, uma escala breve que avalia as dimensões dos critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* para depressão maior. A Sra. Bremen atingiu uma pontuação de 21, o que reflete uma depressão realmente muito grave. Em especial, ela respondeu ter dificuldades de concentração e dificuldade em dormir diariamente. Há uma questão adicional que explora o quanto os sintomas estão prejudicando o funcionamento. Ela respondeu "dificuldade extrema", que é a resposta mais extrema.

Hipótese diagnóstica e investigações adicionais

- Hipótese diagnóstica: TDM
- Outras considerações: insônia, distúrbios cognitivos, enfrentamento ineficaz
- Sem antecedentes de:
 - Episódio anterior de TDM
 - Ideação suicida
 - (Hipo)mania
 - TDAH
 - Dor
 - Medicamentos de uso contínuo (exceto anticoncepcionais)
- 1–3 copos de vinho 2–3 vezes por semana, mas não há consumo problemático de álcool
- Função tireoidiana normal
- Marido "frio", dá pouco apoio
- Poucos amigos fora do negócio

A minha hipótese de diagnóstico era de TDM, embora houvesse outras considerações. A insônia é uma preocupação, assim como as dificuldades cognitivas, pois ela não as enfrenta bem. Essas foram as minhas preocupações iniciais a respeito desta paciente. Fiz uma anamnese mais detalhada, e descobri que ela não tinha histórico de problemas psiquiátricos no passado. Ela não havia sofrido episódios depressivos anteriormente. Atualmente, ela não apresenta ideação suicida, e não possui antecedentes de mania nem de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.

Ela é uma mulher relativamente jovem. Não tem excesso de peso. Não tem nenhuma queixa de dor. O único medicamento que toma é um anticoncepcional, e está preocupada pois às vezes se esquece de tomá-lo, o que é fora do comum para ela. O consumo de álcool não é um problema, pois ela só bebe 2 a 3 vezes por semana. De fato, relata ter diminuído o seu consumo de álcool, pois está preocupada que o mesmo possa afetar a sua capacidade funcional. Essa preocupação é particularmente importante tarde, à noite, no horário de fechar o restaurante.

Analisando o processo, vejo que ela já fez exames da função tireoidiana no passado. Estão normais. Ela realmente não tem muito suporte na vida. Ela descreve seu marido como "frio" e diz que ele não a apoia muito; diz também que isso piorou nos últimos meses. Ela não tem amigos fora do ambiente de trabalho. Ela está sofrendo.

Conduta inicial

- Educar a paciente a respeito da depressão:
 - É um problema biológico, não uma fraqueza de caráter/moral
 - Pode ser a origem de todos os sintomas
 - Frequentemente afeta o estado funcional e a cognição
- Determinar preferências de tratamento: medicamentoso
- Definir conjuntamente metas terapêuticas:
 - Conseguir dormir
 - Conseguir se concentrar e "tomar conta dos negócios"
 - Conseguir interagir com os clientes e com o marido de maneira mais simpática

Pensando em abordagens iniciais para o caso, eduquei a paciente a respeito da natureza da depressão e a sua base biológica, e expliquei que pode ser a causa das suas queixas cognitivas. Discutimos o tratamento e ela quer medicamentos, pois acredita não ter tempo para outra modalidade. Tentei estabelecer algumas metas para o tratamento com ela. O sono é um grande problema; a capacidade de se concentrar e cuidar dos negócios é outra meta importante; e ela deseja interagir melhor com os clientes e com o seu marido.

Conduta inicial (cont.)

- Instituir antidepressivo e tratamento a curto prazo para insônia
- Discutir psicoterapia e preparar para encaminhamento futuro
- Avaliar aderência
- Auxiliar os esforços de enfrentamento da paciente: ajudar brevemente a definir tarefas prioritárias
- Marcar acompanhamento precoce, inclusive por telefone

O meu plano era plano era iniciar o tratamento com um antidepressivo e prescrever um medicamento para uso a curto prazo para ajudá-la a dormir. Também discuti o fato de que talvez precisássemos adicionar psicoterapia a este regime de tratamento no futuro. Discutimos os passos seguintes. Identifiquei que ela tem um contabilista que pode ajudá-la a manter os livros-caixa em dia. Essa foi uma intervenção muito breve sobre o aspecto de enfrentar o problema. Também marcamos uma consulta de acompanhamento dentro de alguns dias para garantir que ela aviou as suas receitas e que começou os medicamentos prescritos. Essa foi a apresentação desta paciente e minha conduta inicial.

Dr McIntyre: Este caso e o quadro clínico inicial da paciente tocam em muitos aspectos diferentes com relevância clínica. Obrigado por compartilhá-lo conosco. Agora, vamos passar a conversa para o Bernhard. Esta é uma paciente claramente incapacitada pela depressão. Enquanto psiquiatra, como você teria abordado esse caso do ponto de vista da cognição?

A disfunção cognitiva frequentemente surge durante ou antes do primeiro episódio de TDM

- Déficits cognitivos durante o primeiro episódio:
 - Velocidade psicomotora
 - Atenção
 - Aprendizagem visual e memória
 - Todos os aspectos da função executiva

Papel da cognição no declínio funcional do paciente?

Lee RC, et al. *J Affect Disorders*. 2012;140:113-124.

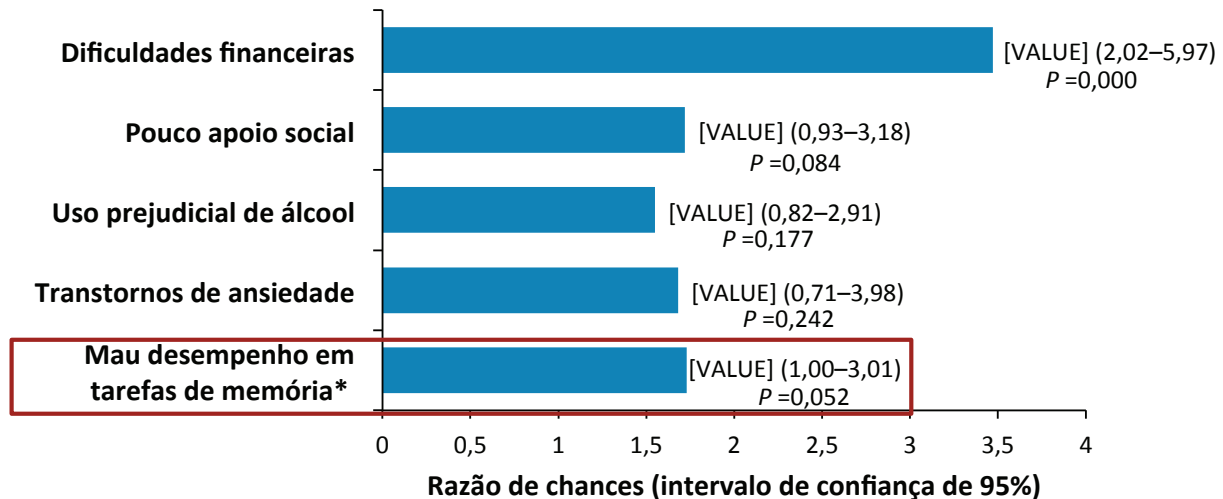
Dr Baune: Este foi um caso muito interessante. O componente cognitivo estava bem no primeiro plano, e precisaríamos explorar um pouco mais a respeito de como a evolução dos sintomas ocorreu em relação aos problemas cognitivos: se estes surgiram antes dos sintomas depressivos ou se os sintomas depressivos surgiram primeiro. Há um claro declínio funcional, e a cognição pode desempenhar um papel importante neste declínio progressivo da capacidade da paciente de cuidar dos seus negócios.

Dr Culpepper: Essa não foi a minha conduta. Parece que as dificuldades com o marido e com os clientes surgiram primeiro, pois ela relatou que estes problemas ocorreram 4 a 6 meses atrás. Bem lembrado.

Dr McIntyre: Judy, este caso lembra a relação temporal entre cognição e depressão. O que sabemos a respeito das dificuldades cognitivas que precedem o diagnóstico declarado de depressão? E as que ocorrem simultaneamente? São uma consequência da depressão?

Mau desempenho em memória episódica como preditor da depressão

- Avaliação de preditores da depressão após 3 anos de seguimento através da regressão logística hierarquizada



*Desempenho da memória definido como a soma das recordações livres e guiadas.

Airaksinen E, *et al. Acta Psychiatr Scand.* 2007;115:458-465.

Dr Jaeger: São de alguma forma características da depressão. A depressão pode evoluir de muitas maneiras. Os sintomas de humor podem surgir primeiro, os déficits cognitivos podem surgir primeiro ou mesmo a falta de motivação e vontade podem ser os primeiros sintomas. A sequência pode variar muito em relação a como o processo se inicia. Obviamente, no âmbito dos cuidados primários, a melhor coisa a fazer para determinar se a cognição realmente está afetada é obviamente tentar conectar as alterações funcionais às queixas cognitivas.

Dr McIntyre: O fato de que ocorrem déficits cognitivos identificáveis e mensuráveis antes do surgimento da depressão me parece convincente, e reflete a minha experiência clínica e os dados emergentes. Isso levanta inúmeras questões fundamentais a respeito dos mecanismos, mas também nos remete ao modo como pensamos em abordar a situação, começando pelo diagnóstico. Este comprometimento cognitivo é explicado pela depressão e/ou há outros fatores contribuintes? Você mencionou o sono. Alguma consideração relativamente a esse respeito? Outros fatores?

Outros possíveis fatores contribuintes para a disfunção cognitiva da paciente

- A Sra. Bremen apresenta dificuldades de atenção, memória, decisão e definição de prioridades, e relata sentir-se lenta.
 - Falta de sono?
 - Sintomas clássicos de depressão?
 - Estresse relacionado ao trabalho?

Dr Culpepper: O sono certamente pode afetar a capacidade de enfrentamento e pode afetar algumas dimensões da função cognitiva, mas, na minha opinião, o comprometimento cognitivo da paciente supera o que costumamos observar em casos de insônia.

Dr McIntyre: Essa é a minha impressão também. O que realmente chama minha atenção neste caso é que há alguma conexão entre as capacidades cognitivas da paciente, o seu dia-a-dia no trabalho e a sua capacidade de tratar dos negócios.

Dr Culpepper: As queixas cognitivas da paciente são sintomas clássicos de TDM. Ela relata dificuldades de atenção, memória, tomada de decisões e definição de prioridades. Ela relatou sentir-se lenta boa parte do tempo. A meu ver, este é o conjunto clássico de sintomas que observamos com frequência na depressão.

Dr Baune: Outro fator poderia ser o estresse relacionado com o trabalho. Por exemplo, se houver alguma obrigação ainda inexplorada que esteja causando estresse adicional para a paciente.

Estresse, cognição e depressão

- Modelos crônicos de depressão baseados no estresse induzem comportamento semelhante à depressão e reduzem a neurogênese
- Na depressão relacionada ao estresse, ocorrem alterações estruturais e funcionais no cérebro
- Sugeriu-se a existência de relação causal entre a inflamação e o comportamento semelhante à depressão

Eyre H, et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.

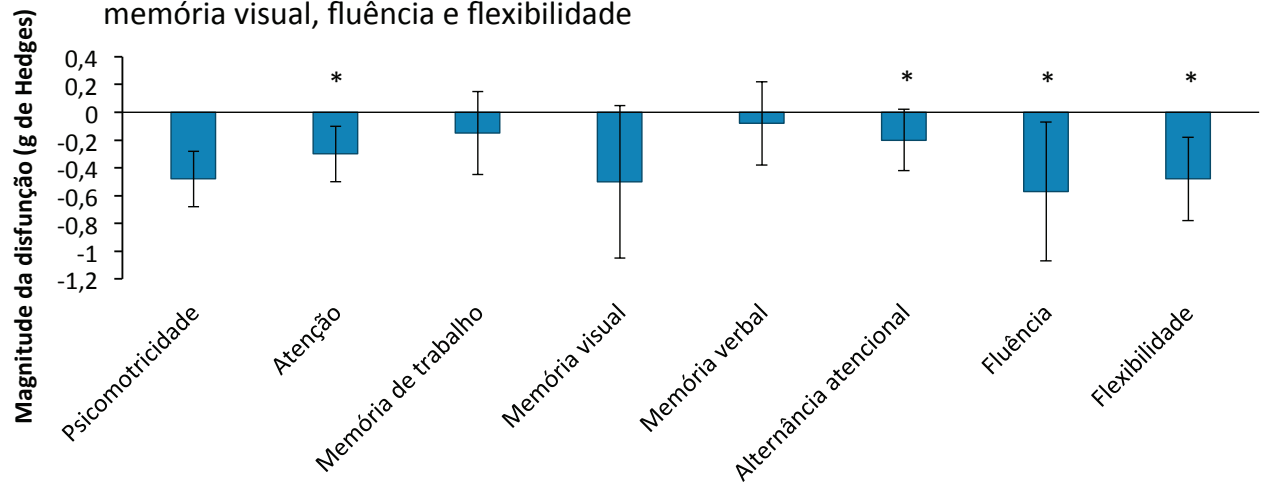
Sabemos que o estresse--por exemplo, o estresse psicológico e o estresse físico relacionado com o aumento dos níveis de cortisona--pode ter impacto sobre a função cognitiva e sobre o funcionamento em geral, com declínio de todos os diferentes domínios mencionados neste caso. Acho que o estresse biológico e a interação biológica-psicológica-biológica do estresse podem ser uma área importante a ser analisada. Você mencionou o enfrentamento e a implementação de estratégias cognitivas como um aspecto importante do tratamento, e provavelmente exploraria isso mais a fundo.

Dr Culpepper: Na verdade, a melhora acompanha mais a melhora cognitiva em termos de funcionamento no ambiente de trabalho. Realmente está relacionada mais à cognição do que à gravidade dos sintomas depressivos.

Dr McIntyre: Isso fica bem claro. Considerando a relação ao local de trabalho--claramente, esta paciente depende das funções cerebrais para o seu trabalho-- Judy, isso tem alguma relevância para o prognóstico? O comprometimento cognitivo basal em pacientes com depressão possui alguma utilidade para o clínico como fator de prognóstico?

Magnitude moderada de disfunção cognitiva no TDM

- Metanálise de 15 amostras independentes (N = 644) de TDM em primeiro episódio
- Efeitos mais robustos demonstrados em testes de psicomotricidade, atenção, memória visual, fluência e flexibilidade



*Estatisticamente significativo e não explicado pela gravidade global (eutimia, hospitalização)

- A disfunção cognitiva é de magnitude moderada, menos grave que a observada na esquizofrenia e aproximadamente comparável à observada com concentrações de alcoolemia no limite da legalidade (CAS 0,05%)

Lee RS, et al. *J Affect Disord.* 2012;140:113-124.

Dr Jaeger: Em potencial, mas é claro que ele pode melhorar. Algo que realmente observamos é que a persistência da disfunção cognitiva após a resolução dos sintomas sugere um pior desfecho funcional. A disfunção cognitiva vai perturbar ou atrapalhar ainda mais a capacidade da paciente de implementar estratégias de enfrentamento que nos parecem óbvias, tais como chamar o contabilista. Essas são estratégias óbvias de enfrentamento, mas é preciso que haja um certo nível de reserva cognitiva e concentração até mesmo para considerá-las e implementá-las. Essa é uma das coisas que observamos, e é essa cascata de eventos que temos referido de outras maneiras também.

Dr McIntyre: É um caso muito bom. É um ponto de partida. Bernhard, você também tem um caso que gostaria de nos apresentar.

Caso 2

- Homem, 45 anos, antecedentes de depressão e disfunção tireoidiana, encaminhado pelo clínico geral (PCP)
- Encaminhado para avaliação e tratamento de aumento da gravidade da depressão, não controlada pelos antidepressivos (atualmente em uso de ISRS)
- Disfunção tireoidiana em tratamento pelo clínico geral há 12 anos (função normalizada)
- Histórico de episódios recorrentes de depressão, controlados parcialmente com antidepressivos nos últimos 8 anos, obtendo-se apenas breves períodos de remissão, apesar de provas clínicas de vários ISRS e IRSN

Dr Baune: Gostaria de apresentar um caso que me foi encaminhado por um clínico geral. Um homem branco, de 45 anos, com antecedentes de depressão e disfunção tireoidiana. O paciente foi encaminhado para avaliação e tratamento de uma piora gradativa da depressão, que não havia sido bem controlada com antidepressivos no passado. Atualmente, o paciente está em uso de um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS). O período de tratamento é bastante importante para a disfunção tireoidiana. Isso foi feito pelo clínico geral ao longo dos últimos 12 anos, e a tireoide foi muito bem corrigida. O paciente apresenta um histórico de episódios depressivos recorrentes parcialmente controlados com antidepressivos durante os últimos 8 anos. Ele já tem um histórico bastante longo e só teve períodos muito breves de remissão com ISRS e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN).

Caso 2 (cont.)

- Várias mudanças de emprego nos últimos 5 anos; incapacidade crescente de atingir as expectativas do emprego e declínio funcional progressivo no ambiente de trabalho, ocasionando mudança de emprego a cada 8–12 meses
- Declínio global na qualidade de vida, ocupação, atividades sociais, interesses, hobbies; divorciado há 4 anos
- Desenvolveu problemas significativos de estilo de vida, com sedentarismo, má alimentação e ganho de peso evoluindo para obesidade, durante os últimos 5 anos

Uma parte importante deste caso é que o paciente apresentou declínio funcional no ambiente de trabalho. Ao longo dos últimos 5 anos, ele não conseguiu manter um emprego por mais de 8 a 12 meses. Isso realmente demonstra uma incapacidade progressiva de atender às expectativas do emprego e um declínio funcional progressivo no ambiente de trabalho, que provocaram essas mudanças de emprego. Além disso, do ponto de vista causal, provavelmente os problemas no emprego e os problemas funcionais surgiram primeiro, e outros problemas de qualidade de vida ocorreram além destes. As atividades sociais e interesses do paciente decaíram, assim como suas atividades gerais, inclusive hobbies. Infelizmente, isso o levou ao divórcio há cerca de 4 anos, o que indica um declínio adicional na função global deste paciente.

Além destes problemas, o paciente também desenvolveu problemas significativos de estilo de vida, inclusive falta de atividade física, má nutrição e ganho progressivo de peso que evoluiu para obesidade nos últimos 5 anos.

Avaliação

- Anamnese – evolução dos sintomas
 - Primeiro episódio de depressão aos 35 anos; primeiro tratamento 2 anos depois, com antidepressivo receitado pelo clínico geral
 - Disfunção tireoidiana corrigida desde os 33 anos
 - Tratamentos da depressão com remissão incompleta, aumento progressivo do número de episódios depressivos e períodos de remissão entre episódios cada vez mais curtos

Em termos da avaliação, foi muito importante desvendar a causa do desenvolvimento dos sintomas. A avaliação demonstrou que o primeiro episódio depressivo ocorreu aos 35 anos de idade e foi tratado 2 anos depois. Não é incomum haver um primeiro episódio e o tratamento mais tardiamente. Na época, o clínico geral do paciente receitou um antidepressivo e corrigiu a função tireoidiana a partir dos 33 anos de idade. Esse é um ponto importante, pois a disfunção tireoidiana também pode causar depressão e sintomas cognitivos.^[1] Como mencionei, o tratamento foi algo incompleto, e o paciente só obteve remissões por períodos muito breves.

Avaliação (cont.)

- Avaliação do humor, cognitiva e funcional
 - Entrevista psiquiátrica
 - Instrumento de avaliação cognitiva
 - Avaliação clínica da função ocupacional e social, relacionamentos, lazer
 - Uso de escala relatada pelo doente sobre cognição e função
- Avaliação médica/de estilo de vida
 - Repetir exames de sangue para avaliar estado metabólico, função tireoidiana
 - Atividade física
 - Estado nutricional

Foi realizada uma entrevista psiquiátrica mais aprofundada. Um instrumento de rastreamento cognitivo foi utilizado devido ao fato de o paciente ter relatado um declínio funcional significativo no ambiente do trabalho. Podemos discutir o que um instrumento deste tipo é capaz de fazer no âmbito da atenção psiquiátrica. Além disso, utilizamos escalas, relatadas pelo paciente, sobre cognição e função para captar os déficits pessoais e percebidos pelo paciente. Estas são as características essenciais deste caso.

Eu também gostaria de ressaltar a importância das comorbidades orgânicas aqui. A função tireoidiana foi corrigida de início, mas o paciente também desenvolveu obesidade e inatividade física. Quando comecei a atendê-lo, o seu estado nutricional era muito mau. Todos esses fatores podem contribuir não somente para a depressão mas também para o declínio funcional e, principalmente, para o declínio cognitivo.

Abordagens terapêuticas

- Trocar o antidepressivo se o medicamento atual proporcionar apenas remissão incompleta apesar de dose adequada e duração adequada do tratamento
- Considerar classe diferente de antidepressivo, bem tolerada e com risco quase neutro de ganho de peso
- Discutir opções farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento dos sintomas cognitivos e funcionais
- Implementar um programa de estilo de vida para melhorar a nutrição, a atividade física e o peso
- Considerar encaminhamento para um programa de remediação cognitiva

Em relação à estratégia terapêutica em tais casos de remissões incompletas e depressão recorrente, a primeira abordagem é trocar o antidepressivo. O antidepressivo provavelmente deve pertencer a uma classe que não é apenas bem tolerada, mas também oferece risco neutro de ganho de peso para este paciente em especial, tendo em vista a obesidade, e exerce efeitos adicionais sobre a cognição e o funcionamento. Idealmente, eu gostaria de analisar estes tratamentos farmacológicos e também discutir intervenções não farmacológicas. Considerando a complexidade deste caso, também precisamos ter uma intervenção complexa, ou seja, implementar um programa de estilo de vida para melhorar a nutrição e a atividade física do paciente e incluir um programa de perda de peso. Poderíamos também pensar em adicionar treino cognitivo, ou o que se convencionou chamar de programa de remediação cognitiva, para melhorar a cognição e o funcionamento deste paciente.

Dr McIntyre: Este caso tem muitas partes, e acredito que muitos clínicos encontrariam pacientes com outras comorbidades, tais como abuso de substâncias ou álcool, que realmente contribuem para a disfunção cognitiva. Você ressaltou algo que não recebeu tanta atenção. A comorbidade médica e os seus efeitos adversos sobre o desempenho cognitivo. Sabemos a partir de outras linhas de evidência, por exemplo, na literatura sobre obesidade e diabetes, que ser portador de um destes transtornos metabólicos está altamente associado à redução da função cognitiva global.^[2,3] Na perspectiva do clínico geral, por onde começar?

Efeitos do exercício sobre a depressão e cognição

Efeitos do exercício	Resultados
Melhora a cognição	<ul style="list-style-type: none">• O exercício melhora a cognição em pacientes com comprometimento cognitivo leve e com demência
Promove a neuroplasticidade	<ul style="list-style-type: none">• Aumenta o volume do hipocampo• Estimula a neurogênese• Aumenta os níveis de neurotrofinas• Promove a plasticidade sináptica• Aumenta a arborização dendrítica
Modula o sistema imunitário	<ul style="list-style-type: none">• Reduz os níveis dos mediadores pró-inflamatórios TNF-α e IL-β no hipocampo e promove a produção da IL-6 anti-inflamatória

Eyre H, et al. *Brain Behav Immun*. 2012;26:251-266.

Dr Culpepper: Vemos este tipo de caso com bastante frequência. A minha primeira ideia a respeito deste caso é que eu teria de *colaborar* com um psiquiatra—não necessariamente *encaminhar*, pois este é um paciente que beneficiaria bastante se nós dois estivéssemos bem envolvidos no caso. O que posso fazer como clínico geral? Posso fazer um exame detalhado do estado físico do paciente. Ele tem pré-diabetes? O histórico do paciente sugere resistência à insulina, mas eu consideraria iniciar metformina? Estar ciente do histórico cognitivo do caso do Bernhard seria muito útil para mim tentar personalizar os exercícios e as atividades de ativação e trabalhar com meu colega psiquiatra para reativar este senhor, pois ele está lutando pela vida. Este senhor vem decaindo e continuará decaindo a menos que trabalhemos para reverter o processo.

Eu gostaria de estar envolvido, e gostaria que meu colega psiquiatra orientasse o tratamento. Há claramente um papel no qual eu posso colaborar e onde uma compreensão do impacto cognitivo me seria útil.

Abordagens terapêuticas colaborativas

- PCP acompanha o estado geral de saúde
- Tendo em vista as comorbidades do paciente, recomenda-se uma abordagem terapêutica coordenada
- PCP controla o estado metabólico e acompanha a implementação de mudanças no estilo de vida
- Psiquiatra orienta o tratamento da depressão
- Interação dos medicamentos: controle de interações medicamentosas ou efeitos adversos

Dr Baune: Este aspecto colaborativo que você mencionou é muito importante. O sistema de saúde no qual trabalho usaria uma abordagem semelhante. O psiquiatra consultaria o clínico geral para obter a sua experiência para controlar o estado metabólico do paciente. Neste paciente, há várias alterações metabólicas, mas também teríamos de implementar as intervenções de estilo de vida no âmbito dos cuidados primários, e seria muito importante acompanhar essas intervenções.

Dr Culpepper: Também seria bom colaborarmos em quaisquer prescrições de medicamentos. É óbvio que eu não gostaria de adicionar medicamentos ao regime do paciente que pudessem afetar a sua depressão e cognição. Também não quero que você adicione medicamentos que possam afetar o peso do paciente.

Dr McIntyre: Judy, como desenredamos a causa e o efeito aqui, ou seja, como descobrimos o que está provocando as dificuldades cognitivas?

Importância da medição da capacidade funcional

- Necessário medir o grau de comprometimento e as áreas afetadas
 - Para medir a melhora
 - Para permitir ao paciente que perceba a melhora
- A disfunção cognitiva pode afetar a capacidade do paciente de realizar as mudanças necessárias de estilo de vida

Dr Jaeger: Não sei o quão importante é desenredar isso. Acho que o importante é medir. Queremos obter uma medida do quão comprometido o paciente está e de quais áreas estão comprometidas, por 2 motivos: (1) Queremos realizar medidas seriadas para demonstrar melhora; e (2) queremos dar ao paciente a oportunidade de demonstrar melhora. Por exemplo: ao pisar na balança, você observa uma melhora no peso; se você estiver sendo bem atendido, observará uma melhora na cognição. Há maneiras de fazer isso. Esse é um aspecto que eu gostaria de adicionar. O outro elemento importante é que a disfunção cognitiva neste indivíduo vai ser um obstáculo à capacidade de se dedicar plenamente às várias mudanças de estilo de vida que se farão necessárias. É complicado e difícil perder bastante peso. É preciso ter um plano de ação. Envolve fazer compras de maneira diferente, cozinhar de maneira diferente, comer de maneira diferente e mover-se de maneira diferente. Essas alterações são exigentes do ponto de vista cognitivo.

Dr McIntyre: Estamos aprendendo que a maioria das doenças cerebrais--e a depressão maior é certamente o exemplo--são tanto doenças do desenvolvimento como degenerativas. Estou particularmente preocupado com os aspectos degenerativos deste caso e com o declínio progressivo da função cognitiva, que está claramente levando a uma "espiral descendente", como o Larry mencionou. Bernhard, na sua opinião, quais são as principais mensagens a serem apreendidas deste caso?

Caso 2: Mensagens chave

- O declínio funcional pode estar relacionado com a depressão e disfunção cognitiva
- Várias comorbidades orgânicas podem contribuir para este declínio funcional e cognitivo como parte da depressão
- Necessário seguir de perto as comorbidades orgânicas de maneira colaborativa

Dr Baune: Acho que a mensagem principal é de que o declínio funcional não está necessariamente relacionado somente à depressão; pode estar relacionado a uma disfunção cognitiva. Várias comorbidades orgânicas podem contribuir para este declínio funcional e cognitivo como parte da depressão. É necessário seguir de perto as comorbidades orgânicas, e de maneira colaborativa. Também temos de tratá-las ativamente, pois a biologia subjacente indica que há um maior risco de inflamação--de degeneração neural--relacionado com a diabetes, obesidade e todos os outros fatores de risco.^[4] Isso é realmente uma questão a longo prazo. É muito importante termos intervenções eficazes em todos esses níveis.

Dr McIntyre: Esse é um resumo útil, e também vale a pena lembrar que, nestes casos complexos e multidimensionais, a polifarmácia acaba sendo a regra. Frequentemente nos preocupamos com as causas iatrogênicas ou com a contribuição dos medicamentos para o comprometimento cognitivo--algo que esquecemos com frequência. Obrigado pelo caso e pelo resumo muito útil. Judy, quero lhe passar a palavra novamente, pois você tem um caso que deseja apresentar.

Caso 3

- Mulher, 45 anos, que apresentou o seu quarto episódio depressivo maior, ocasionando breve hospitalização, há 8 semanas
- Atualmente, a depressão encontra-se relativamente bem controlada; tratada com antidepressivo e TCC semanal
- Queixa-se de disfunção cognitiva subjetiva que persiste apesar da remissão dos sintomas depressivos:
 - Dificuldade de concentração
 - Incapaz de se concentrar no trabalho como contabilista ou nas suas responsabilidades pelas finanças pessoais
- Leve traumatismo cranioencefálico accidental há 1 ano, com breve perda de consciência (< 10 min); foi investigado a fundo na época, sem relato de sequelas cognitivas nas semanas subsequentes

Dr Jaeger: Este é o caso de uma mulher de 45 anos que sofreu o seu quarto episódio depressivo maior, o qual levou a uma breve internação hospitalar há 2 meses. A depressão está relativamente bem controlada agora. A paciente está sendo tratada com um antidepressivo e tem sessões semanais de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela tem queixa de disfunção cognitiva subjetiva, embora os seus sintomas depressivos estejam relativamente bem controlados. Ela se queixa de consequências funcionais que se manifestam principalmente na dificuldade de concentração, em concentrar-se no seu trabalho como contabilista e até mesmo afetando as finanças pessoais. A paciente insiste no fato de que sofreu um traumatismo cranioencefálico leve devido a uma queda de bicicleta no ano passado. Ela perdeu a consciência por menos de 10 minutos e foi levada ao hospital pelos amigos com os quais estava praticando o ciclismo. Ela foi submetida a uma investigação exaustiva, que não demonstrou sequela alguma da leve concussão.

Caso 3 (cont.)

- Preocupada que esteja sentindo os efeitos tardios do trauma
- Sente que a perturbação da concentração está tornando difícil demais completar efetivamente as tarefas de casa passadas nas sessões de TCC
- O psiquiatra assistente encaminha a paciente à avaliação neuropsicológica para ajudar a explicar o que parece ser um novo déficit cognitivo emergente

Durante o ano que se seguiu, a paciente não sofreu nenhuma consequência funcional. Porém, agora ela está preocupada com a possibilidade de que a perturbação que está sentindo agora seja pior do que as manifestações que ela sofreu no passado, durante episódios depressivos anteriores. Desta vez, o comprometimento cognitivo afeta até mesmo a capacidade de participar ativamente das sessões de TCC, e a paciente sente que há algo mais de errado com ela. O psiquiatra encaminha a paciente à avaliação neuropsicológica para tentar explicar o que parece ser um novo déficit cognitivo emergente.

Avaliação neuropsicológica

- Diagnóstico diferencial
 - Abuso de substâncias
 - Transtorno do sono
 - Outro transtorno neurológico, p. ex. demência (improvável)
 - Outra patologia orgânica emergente
- Outros esclarecimentos
 - É importante tentar documentar, a partir da anamnese do paciente e, se possível, com outros informantes, o nível prévio de recuperação funcional entre episódios
 - O objetivo é certificar-se que a percepção do episódio atual como "diferente" está correta e não apenas reflete disforia residual

O neuropsicólogo faz uma anamnese detalhada e quer descartar a possibilidade de abuso de substâncias, transtornos do sono, outros distúrbios neurológicos em potencial e outras explicações orgânicas emergente. O importante é a emergência dos sintomas. Isto é determinado com base na entrevista do paciente e de outros informantes, que o neuropsicólogo valoriza, juntamente com descrições funcionais. Do ponto de vista funcional, a paciente recuperou do acidente de bicicleta. Isso é importante para nos ajudar a garantir--e mesmo a tranquilizar a paciente--de que os sintomas que ela está enfrentando não são de todo incompatíveis com um episódio depressivo maior.

Dr McIntyre: Um caso muito útil. Não pude deixar de reagir a vários dos pontos mencionados, sendo um deles a questão da medição. Medição subjetiva, medição objetiva--você dá prioridade a uma mais do que a outra?

Avaliações funcionais subjetivas e objetivas

- As avaliações tanto subjetivas como objetivas dos déficits devem ser levadas em consideração
- Avaliações subjetivas
 - Podem ser influenciadas por um episódio de humor
- Avaliações objetivas
 - Requerem disponibilidade de um exame anterior do paciente para servir como comparação

Dr Jaeger: Não, não. Valorizo as observações subjetivas por vários motivos. Com exames objetivos, a menos que a pessoa tenha sido testada no passado, você está simplesmente comparando o indivíduo à norma da população. Exceto em casos extremos, é muito difícil ter certeza absoluta de que ocorreu um déficit e um declínio em relação ao funcionamento anterior. Além disso, os déficits mensurados objetivamente precisam ser interpretados no contexto, assim como os déficits subjetivos. Certamente, no meio de um episódio de humor, a experiência subjetiva geralmente é a de um déficit maior do que seria observado objetivamente.

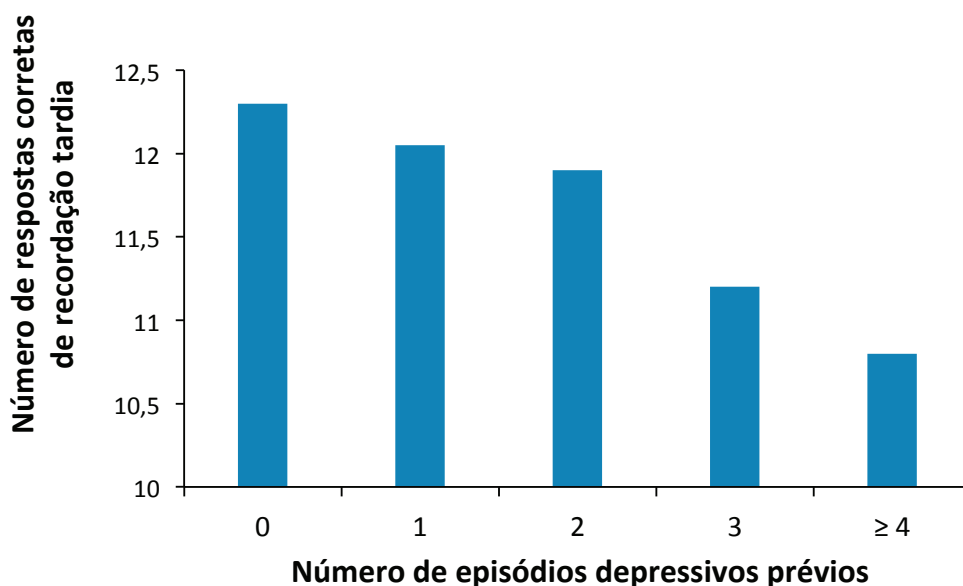
Dr McIntyre: O que é muito marcante para mim, e pedirei a opinião de meus colegas também, é que esta é uma queixa muito comum dos pacientes. Fico impressionado com o quão frequentemente os pacientes podem atribuir seus déficits cognitivos residuais aos medicamentos, embora eles possam não apresentar mais do que uma depressão aparente. É inquestionável: em alguns casos, os medicamentos interferem com a função cognitiva.^[5] Porém, observo que, frequentemente, o paciente aponta o dedo para o medicamento quando, na realidade, o déficit pode representar a atividade da doença ou sequelas da doença. Algo a dizer?

Dr Culpepper: Geralmente, o que vemos nestes casos é um paciente que interrompeu o tratamento há um ou dois meses e agora está em recaída. Sim, esta claramente é uma maneira como os pacientes acabam por voltar.

Dr Baune: É muito importante mencionar este ponto. No que chamamos de “remissões”, quando a depressão melhorou globalmente, ainda pode haver disfunção cognitiva, que pode ser atribuída a um medicamento. Mesmo se for atribuída a um medicamento, é melhor considerar outra intervenção--farmacológica ou não farmacológica--para substituir a intervenção original, que ou provocou disfunção cognitiva como um efeito adverso, ou não trata a disfunção cognitiva durante a remissão. De qualquer maneira, acho que é importante modificar a estratégia de tratamento e, neste caso em particular, adicionar uma estratégia de tratamento. Eu preferiria considerar uma intervenção farmacológica que tenha a possibilidade de não enviesar a cognição nem produzir efeitos adversos cognitivos em vez de tratá-la, e também consideraria adicionar outras intervenções não farmacológicas.

Dr McIntyre: Com frequência, minha postura clínica é que, se eu tiver um paciente que aparenta estar em remissão, mas não está funcionando no nível desejado pelo próprio paciente (ou seja, ainda há indícios de declínio funcional), eu interpreto isso como um marcador substituto--um alerta para que eu questione mais profundamente a respeito da possibilidade de problemas cognitivos. Judy, qual é a sua reação a isso?

Redução da memória durante a remissão enquanto função da depressão



Gorwood P, et al. *Am J Psychiatry*. 2008;165:731-739.

Dr Jaeger: Com certeza, me parece apropriado. Principalmente no TDM recorrente, há boas evidências de que, com cada episódio recorrente, observa-se um declínio adicional na disfunção cognitiva de episódio para episódio, ou simplesmente um declínio adicional na cognição. Também é importante entender que, em uma pessoa com depressão, ou mesmo quando os sintomas de humor estiverem em remissão, mesmo um insulto bastante modesto ao nível normal de cognição do paciente (ou seja, um declínio no nível normal de cognição) pode apresentar um desafio funcional. Eu não gostaria que alguém tirasse nem meio desvio padrão de função de mim. Isso realmente afetaria a minha vida.

Comprometimento cognitivo no TDM e comprometimento funcional

- Concentração, problemas de atenção e constrangimento atuaram como mediadores de aproximadamente metade da associação entre TDM e comprometimento^[a]
- O desempenho no ambiente de trabalho foi explicado mais pela disfunção cognitiva do que pela severidade dos sintomas depressivos, embora os sintomas depressivos tenham sido importantes para as medidas globais de incapacidade^[b]

a. Buist-Bouwman MA, et al. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:451-458.

b. Lam EW, et al. *Can J Psychiatry.* 2014;59:649-654.

Dr Culpepper: Também observo que estes pacientes frequentemente preocupam-se e queixam-se de problemas com seu desempenho no trabalho. Ao explorarmos em maiores detalhes, observamos que os mesmos problemas afetam a vida familiar e social, levando ao divórcio e tal, mas os pacientes encaram isso simplesmente como parte da vida, enquanto que no trabalho, os pacientes--e seus chefes--observam uma alteração clara. Para mim, isso é uma pista de que algo cognitivo possa estar acontecendo.

Dr McIntyre: Com muita frequência, quando trabalho com empregadores nos setores público e privado--sejam pequenas, médias ou grandes empresas--os chefes ficam sinceramente perplexos com o porquê do paciente não poder retornar ao trabalho, mesmo se os sintomas depressivos já tenham melhorado. Acho que é nosso dever avaliar a fundo a cognição e comunicar a relevância da cognição para as vidas das pessoas, como no emprego.

Dr Baune: Eu gostaria de adicionar um componente ao tratamento. Meu argumento é de que a TCC, que é um tratamento muito comum nos pacientes com depressão, exige uma boa função cognitiva, a capacidade de funcionar bem para compreender a informação, processar a informação e assim obter bons desfechos cognitivos além de bons desfechos em relação à depressão. Este é mais um ponto muito importante a ser considerado para garantir a efetividade da TCC.

Dr Culpepper: Um aspecto do primeiro caso é que minha paciente ainda estava trabalhando, então fiz o possível para mantê-la no trabalho.

Dr Jaeger: Ninguém quer perder o emprego.

Dr Culpepper: Para um paciente que já esteja desempregado, quero garantir que o paciente realmente apresente capacidade de funcionar quando retornar ao trabalho. É uma abordagem ligeiramente diferente: garantir que o paciente tenha recuperado função cognitiva suficiente para desempenhar as funções de seu emprego quando retornar ao trabalho.

Dr McIntyre: Como trabalhamos em ambientes e sistemas de saúde díspares, vocês podem comentar um pouco a respeito de seus respectivos sistemas e como realizar essa abordagem de maneira realista?

Dr Culpepper: Acho que nossos casos demonstram que, sejamos clínicos gerais, psiquiatras ou neuropsicólogos, todos temos papéis a desempenhar. Com certeza, eu não tenho tempo--e, frequentemente, não tenho experiência--para me aprofundar nos casos mais difíceis. Porém, ainda há uma oportunidade de colaborarmos.

Dr Baune: Meu ponto seria certamente de concordar com o que você disse, mas também mencionar que compartilhamos conhecimentos e modelos em comum a respeito de como abordar a depressão nestes casos específicos. Isso é uma parte importante quando trabalhamos juntos. Também temos de nos educar uns aos outros. Acho que é muito importante fazermos isso.

Dr Jaeger: Concordo. O neuropsicólogo é um serviço especializado. Vocês nos encaminham os casos difíceis quando não sabem o que está acontecendo do ponto de vista diagnóstico. Também espero que, cada vez mais, haja casos nos quais a mensuração e o acompanhamento sejam valorizados e nos quais um feedback a respeito da disfunção do paciente vá ter um impacto sobre as suas ações de educação do paciente. Parece que grande parte dos casos que apresentamos do ponto de vista do clínico geral serão casos de educação. Isso certamente é verdade no caso apresentado pelo Bernhard.

Dr Culpepper: O aspecto cognitivo é muito frequente e é uma coisa à qual realmente tenho de prestar atenção.

Dr Jaeger: Os neuropsicólogos devem ajudar a fazer isso, proporcionando avaliações qualitativas e medições das alterações ao longo do tempo.

Dr McIntyre: Comentários excelentes. Gostaria de mencionar que, ao conversarmos com os pacientes, percebemos que o que eles desejam do tratamento contra a depressão é um retorno da qualidade de vida, uma melhora funcional e simplesmente "sentir-se você mesmo" novamente. Como não educamos os nossos pacientes dessa maneira, eles frequentemente sentem-se desmoralizados, pois não entendem por que motivo não conseguem retomar os seus níveis funcionais anteriores. Isso é um aspecto realmente essencial de colocar o indivíduo de volta no caminho certo.

Mensagens a serem captadas

- A cognição é uma dimensão transdiagnóstica e os distúrbios cognitivos são comuns em adultos com TDM, tanto durante os períodos de doença ativa como durante os chamados períodos de remissão
- Os problemas cognitivos encontram-se altamente associados ao comprometimento funcional, em vários domínios, e aos desfechos relatados pelos pacientes (p. ex., qualidade de vida)
- A função cognitiva requer medição sequencial ao longo do tempo
- Patologias concorrentes que possam ter efeito aditivo no comprometimento cognitivo devem ser consideradas e modificadas quando possível para deixar o paciente na melhor posição possível para atingir a remissão multidimensional

Gostaria de agradecer a todos pela participação e por terem apresentado os seus casos hoje. Há várias mensagens que emanam e perpassam essas apresentações e a discussão. Primeiramente, lembramos que a cognição não é apenas uma dimensão transdiagnóstica, mas também um distúrbio muito comum em adultos com depressão--não somente quando estão doentes, mas mesmo durante os períodos que chamamos de remissão. O ponto que tentamos ressaltar aqui é um frequentemente mencionado pelos clínicos, pelos pacientes e pelas famílias: os problemas cognitivos estão altamente relacionados com o comprometimento funcional, em diversas esferas, e altamente relacionados com desfechos relatados pelos pacientes, tais como qualidade de vida e voltar a ser quem a pessoa deseja ser. Analisado conjuntamente, isso define o que, na minha opinião, é uma meta terapêutica primária. Concordo com minha colega Judy que tudo começa com a medição, especificamente a medição seriada ao longo do tempo. Acho que precisamos abordar igualmente as condições concorrentes que possam ter um efeito aditivo sobre o comprometimento cognitivo global, modificar o que pudermos modificar e deixar os nossos pacientes na melhor posição possível para que obtenham não somente a remissão, mas sim a remissão multidimensional, inclusive com melhora da cognição.

Tudo começa pela prevenção. Quando o problema já estiver instalado, procedemos às abordagens farmacológicas e não farmacológicas para proporcionarmos aos nossos pacientes a melhor chance de ter o melhor desfecho de saúde.

Abreviaturas

- CAS** = concentração de álcool no sangue
- IL** = interleucina
- IRSN** = inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina
- ISRS** = inibidor seletivo da recaptção de serotonina
- PCP** = prestador de cuidados de saúde primários
- PHQ-9** = Questionário da Saúde do Paciente de 9 itens
- TCC** = terapia cognitivo-comportamental
- TDHA** = transtorno do déficit de atenção/hiperatividade
- TDM** = transtorno depressivo maior
- TNF** = fator de necrose tumoral

Referências

1. Samuels MH. Thyroid disease and cognition. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2014;43:529-543.
2. Prickett C, Brennan L, Stolwyk R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9:93-113.
3. Umegaki H. Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1011-1019.
4. Eyre H, Baune BT. Neuroplastic changes in depression: a role for the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.
5. Popovic D, Vieta E, Fornaro M, Perugi G. Cognitive tolerability following successful long term treatment of major depression and anxiety disorders with SSRI antidepressants. *J Affect Disord*. 2015;173:211-215.

Isenção de responsabilidade

Este documento tem apenas fins educativos. Nenhum crédito em Educação Médica Continuada (CME) será fornecido pela leitura dos conteúdos deste documento. Para participar desta atividade, visite <http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Caso tenha dúvidas sobre o teor desta atividade, entre em contato com o prestador desta atividade educativa no endereço: CME@webmd.net.

Caso precise de assistência técnica, envie um e-mail para CME@medscape.net

A atividade educativa apresentada acima pode envolver cenários simulados baseados em casos. Os pacientes apresentados nestes cenários são fictícios e nenhuma associação com um paciente real é pretendida ou deve ser inferida.

O material apresentado aqui não reflete necessariamente as opiniões da WebMD Global, LLC ou das empresas que apoiam o programa educativo no site [medscape.org](http://www.medscape.org). Estes materiais podem discutir produtos terapêuticos que não foram aprovados pela Agência Europeia de Medicamentos para utilização na Europa e utilizações fora das indicações para produtos aprovados. Um profissional de cuidados de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar qualquer produto terapêutico discutido. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar os pacientes ou empregar quaisquer terapias descritas nesta atividade educativa.

Medscape Education © 2015 WebMD Global, LLC