

O importante é o paciente: casos clínicos de disfunção cognitiva no TDM

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



www.medscape.org/collection/mdd10

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 o conhecimento dos sintomas, diagnóstico e tratamento de pacientes com comprometimento cognitivo e transtorno depressivo maior (TDM) no contexto de cuidados especializados e básicos, por meio de uma discussão baseada em casos.

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

- Identificar abordagens ao tratamento bem sucedido da disfunção cognitiva em pacientes com TDM
- Reconhecer as comorbidades e os principais aspectos nos antecedentes do paciente que dão origem ao diagnóstico de disfunção cognitiva no TDM
- Descrever o efeito do comprometimento cognitivo na vida diária do paciente e o efeito de um diagnóstico correto nos resultados dos pacientes

Informações sobre o corpo docente e declarações

A WebMD Global exige que todo 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

Koen Demyttenaere, MD, PhD

Professor Titular, Centro Universitário Psiquiátrico; Professor de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Bélgica, Co-diretor do Fortune Fund (Ga voor Geluk), Bélgica

Declaração: **Koen Demyttenaere, MD, PhD**, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheiro ou consultor para: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier

Atuou como palestrante ou integrante do painel de palestrantes para: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier

Recebeu subsídios para pesquisa clínica de: Eli Lilly and Company; Lundbeck, Inc.; Servier

Integrantes do painel

Bernhard Baune, MD, PhD

Professor Catedrático e Diretor de Psiquiatria; Chefe da Disciplina de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Royal Adelaide Hospital, Universidade de Adelaide, Adelaide, Austrália

Declaração: **Bernhard 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

Sarah Bromley, MBChB

Clínico Geral; Diretora Médica Nacional de Saúde de Presidiários da Care UK, Reino Unido

Declaração: **Sarah Bromley, MBChB**, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Empregada por um interesse comercial: Care UK

Eduard Vieta, MD, PhD

Chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia, Clínica Hospitalar da Universidade de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Espanha

Declaração: **Eduard Vieta, MD, PhD**, declarou as seguintes relações financeiras relevantes:

Atuou como conselheiro ou consultor para: Almirall Hermal GmbH; AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Dainippon Sumitomo Pharma America; Eli Lilly and Company; Esteve; Ferrer; Forest Laboratories, Inc.; GlaxoSmithKline; Janssen Pharmaceuticals, Inc.; Jazz Pharmaceuticals, Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck Sharp & Dohme Corp.; Novartis Pharmaceuticals Corporation; Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.; Pfizer Inc.; Pierre Fabre; Richter Pharma AG; Roche; Sanofi; Servier; Shire; Solvay Pharmaceuticals, Inc.; Sunovion Pharmaceuticals Inc.; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.; UCB Pharma, Inc.

Recebeu subsídios para pesquisa clínica de: Almirall Hermal GmbH; Bristol-Myers Squibb Company; GlaxoSmithKline; European 7th Framework Program; Janssen-Cilag; NARSAD; Novartis Pharmaceuticals Corporation; Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.; Pfizer Inc.; Richter Pharma AG; Roche; Sanofi; Seny Foundation; Servier; Ministério da Saúde da Espanha (CIBERSAM); Ministério da Ciência e Educação da Espanha; Stanley Medical Research Institute; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

Editora

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

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

Revisor de conteúdo

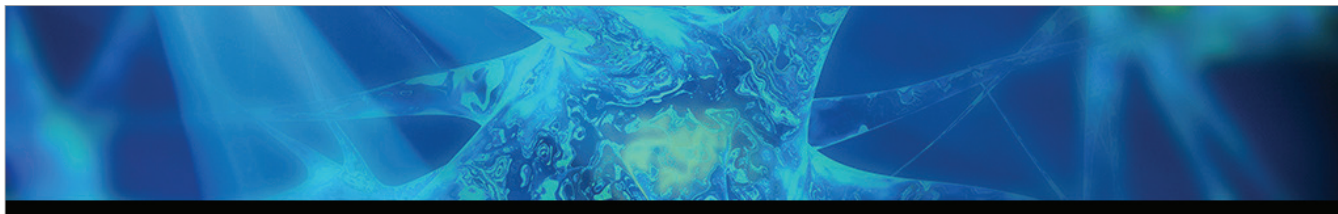
Robert Morris, PharmD

Diretor Clínico Associado de CME [formação médica contínua]

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



Dr. Koen Demyttenaere: É com muita satisfação que os recebo aqui neste simpósio intitulado: “O importante é o paciente: casos clínicos de disfunção cognitiva no transtorno depressivo maior”.



Moderador

Koen Demyttenaere, MD, PhD

Professor Titular

Centro Psiquiátrico Universitário;

Professor de Psiquiatria, Faculdade de Medicina

Katholieke Universiteit Leuven

Leuven, Bélgica

Co-diretor do Fortune Fund

(Ga voor Geluk), Bélgica

Medscape
EDUCATION

Meu nome é Koen Demyttenaere, e sou psiquiatra no Hospital Universitário de Leuven na Bélgica. Estou muito feliz por estar acompanhado de um excelente corpo docente.

Painel de especialistas

Corpo docente

Bernhard Baune, MD, PhD

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

Eduard Vieta, MD, PhD

Chefe do Departamento de
Psiquiatria e Psicologia
Clínica Hospitalar
Universidade de Barcelona
IDIBAPS, CIBERSAM
Barcelona, Espanha

Sarah Bromley, MBChB

Clínico Geral e
Diretora Médica Nacional de
Saúde de Presidiários da
Care UK
Reino Unido

Medscape
EDUCATION

É com muita satisfação que apresento o Prof. Bernhard Baune. Ele nasceu na Alemanha, mas trabalha há aproximadamente dez anos em Adelaide, na Austrália, onde é professor catedrático de psiquiatria. Também temos conosco o Prof. Eduard Vieta, chefe do departamento de psiquiatria e psicologia em Barcelona. Ao lado dele, temos Sarah Bromley, que trabalha como clínico geral (CG) no Reino Unido e também é a diretora médica nacional para saúde de presidiários da Care UK. Isso significa que ela tem um vínculo próximo com um grupo de penitenciárias no Reino Unido.

Descrição geral do programa

Objetivo: discutir os sintomas, diagnóstico e tratamento de pacientes com comprometimento cognitivo e transtorno depressivo maior (TDM) no contexto de cuidados especializados e básicos, por meio de uma discussão baseada em casos

Assistiremos a dois vídeos com vinhetas de casos de pacientes e, depois de cada caso:

- um painel oferecerá a sua abordagem de manejo;
- discussão pelo painel;
- perguntas e respostas da plateia.

Medscape
EDUCATION

Durante este simpósio, vamos cobrir os sintomas, diagnóstico e tratamento de pacientes com comprometimento cognitivo no transtorno depressivo maior (TDM) no contexto de cuidados especializados e básicos, por meio de uma discussão baseada em casos. É por isso que contamos com este grupo docente misto que inclui especialistas e clínicos gerais. De fato, apresentaremos dois vídeos com vinhetas de casos de pacientes e, depois de cada caso, um dos integrantes do painel nos explicará como ele ou ela abordaria o caso. Ofereceremos uma breve oportunidade de discussão pelo painel e também uma sessão de perguntas e respostas com a plateia.

Objetivos de aprendizagem

1. Identificar abordagens para o tratamento bem sucedido da disfunção cognitiva em pacientes com TDM
2. Reconhecer as comorbidades e os principais aspectos nos antecedentes do paciente que dão origem ao diagnóstico de disfunção cognitiva no TDM
3. Descrever o efeito do comprometimento cognitivo na vida diária do paciente e o efeito de um diagnóstico correto nos resultados dos pacientes

Medscape
EDUCATION

Os objetivos de aprendizagem do simpósio são identificar abordagens para o tratamento bem sucedido da disfunção cognitiva em pacientes com TDM; reconhecer as comorbidades e os principais aspectos nos antecedentes do paciente que dão origem ao diagnóstico de disfunção cognitiva no TDM e descrever o efeito do comprometimento cognitivo na vida diária do paciente e o efeito de um diagnóstico correto nos resultados dos pacientes.

Apresentação

Apresentação

Koen Demyttenaere, MD, PhD

Titular da disciplina
Centro Psiquiátrico Universitário;
Professor de Psiquiatria, Faculdade de Medicina
Katholieke Universiteit Leuven
Leuven, Bélgica
Co-presidente do Fortune Fund
(Ga voor Geluk), Bélgica



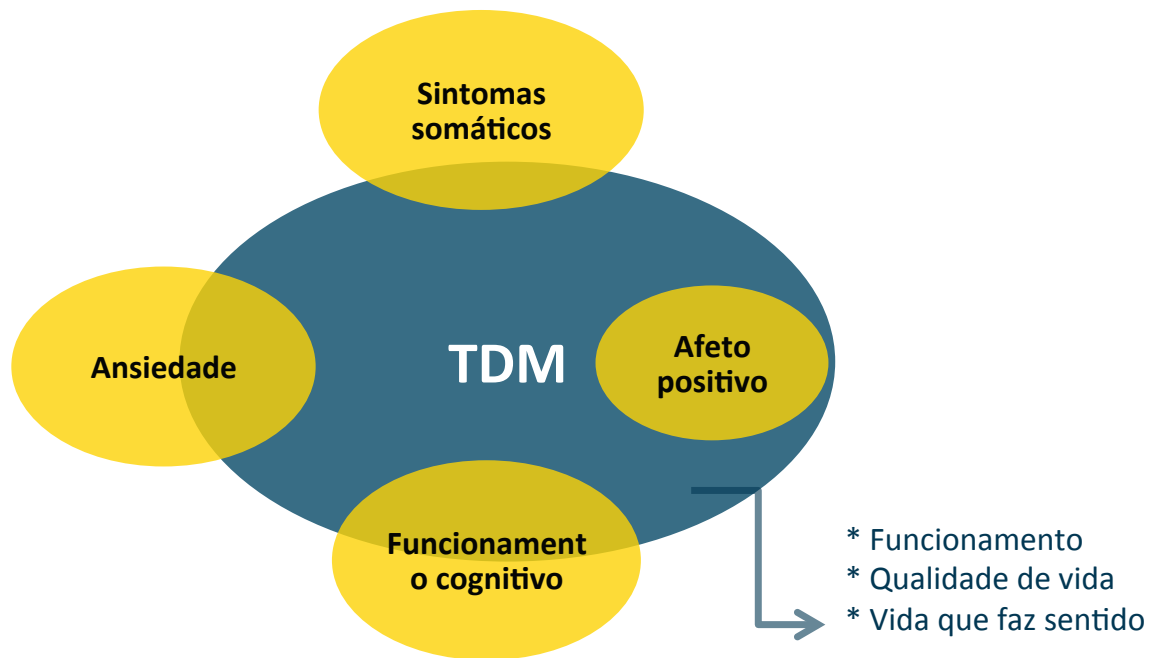
Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Farei uma breve apresentação antes de passarmos para a primeira vinheta de caso.

Declarações

- **Consulte o link de Corpo docente e declarações na página inicial do programa para ver as declarações na íntegra.**

TDM?



Medscape
EDUCATION

Vamos começar com algumas palavras sobre o TDM. O que é o TDM? Temos o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* (DSM-5) (manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição) e os seus nove critérios para caracterizar um episódio depressivo maior. Partindo disto, sabemos o que é depressão e sabemos quem está sofrendo de depressão e quem não está sofrendo de depressão. Se curamos os nove sintomas, então o paciente está completamente curado; contudo, acredito ser mais complicado que isso. Este slide reflete, em minha opinião, a realidade clínica e também é um tipo de resumo da história da comercialização dos antidepressivos desde os anos 1980. Temos o TDM no centro. Muito frequentemente, os pacientes com TDM também têm sintomas de ansiedade significativos, algo com que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) lidaram nos anos 1980.^[1] Sabemos que muitos pacientes com TDM também têm sintomas somáticos, e estes podem ser sintomas somáticos com dor ou sem dor. Aqui vocês devem se lembrar dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSN), particularmente a duloxetine. Depois temos também o afeto positivo; a anedonia, ou seja, a falta de interesse no prazer, é um critério essencial da depressão. A agomelatina deu ênfase a isso.^[1,2] Temos depois os sintomas cognitivos, que também fazem parte da definição do DSM. A vortioxetina está ajudando a esclarecer isto um pouco, e nos ajudando a compreender melhor o relacionamento entre a cognição e a depressão.^[3] É esse o lado mais abrangente e a realidade clínica. Na realidade, os pacientes têm mais de nove sintomas ou, como diria Stephen Stahl^[4], você tem TDM se tiver todos os 13 dos nove sintomas.

Episódio depressivo maior: definição de acordo com o DSM-5

- No mínimo **cinco** dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo **período de duas semanas** e representam uma **alteração em relação ao funcionamento** anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de interesse ou prazer:
 - humor depressivo;
 - redução do interesse/prazer;
 - alterações no peso;
 - distúrbios do sono;
 - **retardo/agitação psicomotora**;
 - fadiga/menos energia;
 - sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
 - **diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão**;
 - pensamentos recorrentes de morte/ideação suicida;
- angústia ou comprometimento clinicamente significativos na **área social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida**.

Medscape
EDUCATION

Como mencionei antes, os sintomas cognitivos fazem parte da definição da depressão. O retardo psicomotor tem um componente cognitivo e a diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar; a indecisão também integra essa lista. Elas fazem parte da definição, porém não estão bem representadas nas escalas padrão que usamos e que são exigidas pelos órgãos normativos.

Comprometimento cognitivo no TDM

Os sintomas cognitivos no TDM são manifestados por meio de comprometimento em:

- **Cognição social:**
 - empatia, reconhecimento/percepção da emoção, teoria da mente, percepção e conhecimento social, estilo atributivo
- **Processos cognitivos:**
 - estilos explicativos arraigados, premissas onnipresentes sobre autoestima, distorções cognitivas
- **Processos neurocognitivos:**
 - atenção sustentada, função executiva, memória operacional, aprendizado verbal e memória, aprendizado não verbal e memória, velocidade psicomotora.

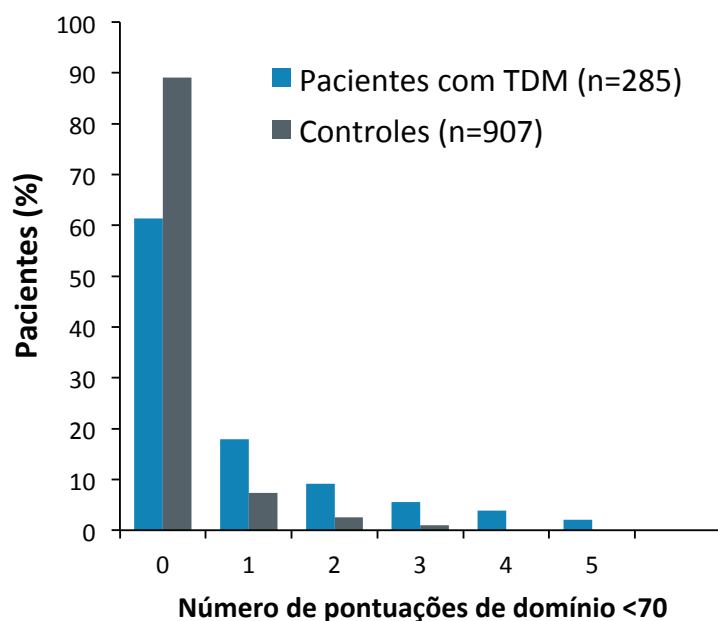
McIntyre RS et al. *Depress Anxiety*. 2013;30(6):515-527.

Medscape
EDUCATION

A cognição na depressão é mais complicada do que se pensa. Os sintomas cognitivos na depressão são manifestados por meio de comprometimento em diversos domínios. Temos a cognição social na depressão, que envolve: empatia, reconhecimento emocional, percepção, teoria da mente, percepção e conhecimento social e estilo atributivo. Não vamos falar sobre isso neste programa. Temos os processos cognitivos, incluindo estilos explicativos arraigados, premissas onnipresentes sobre autoestima e distorções cognitivas, que estão ligadas mais à psicologia cognitiva e à terapia cognitiva. Também não vamos falar muito sobre isso.

Vamos dar enfoque principalmente ao terceiro grupo de aspectos cognitivos da depressão, que são os processos neurocognitivos, envolvendo a atenção sustentada, a função executiva, a memória operacional, o aprendizado verbal, o aprendizado não verbal e a memória, a velocidade psicomotora, a fluência, etc.

Frequência do comprometimento cognitivo em pacientes com TDM



Desempenho baseado nos cinco domínios da bateria de provas de sinais vitais do SNC:

- Memória
- Velocidade psicomotora
- Tempo de reação
- Atenção complexa
- Flexibilidade cognitiva

Uma pontuação de <70 indicou ≥ 2 desvios padrão abaixo da média

Pacientes com TDM não tratados com <70 em um dos domínios: 39%

Gualtieri CT, et al. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1122-1130.

Medscape
EDUCATION

Os sintomas cognitivos são importantes? Eles são frequentes em pacientes com TDM? Um estudo interessante foi realizado por Gualtieri e colegas. Uma pequena diferença na escala não significa necessariamente que ela tinha relevância clínica. Este artigo examinou o que tinha relevância clínica, o que foi definido por meio de uma pontuação para um dos cinco domínios que eles testaram, incluindo memória, velocidade psicomotora, tempo de reação, atenção complexa e flexibilidade cognitiva. Os autores descobriram que se você procurar por um comprometimento clinicamente significativo, que eles definiram como sendo no mínimo dois desvios padrão abaixo da média em comparação a controles hígidos, quase 40% dos pacientes com TDM apresentavam comprometimento cognitivo clinicamente significativo. Existem vários outros estudos mostrando uma proporção similar. Aproximadamente 40% dos pacientes com TDM apresentam distúrbios clinicamente relevantes em seu funcionamento cognitivo.

Como é possível identificar disfunção cognitiva em pacientes com TDM?

Vinhetas com dois pacientes:

1. **Uma paciente com TDM e comprometimento ocupacional se consultando com um psiquiatra**
2. **Um paciente com abuso de álcool e TDM se consultando com seu clínico geral e com encaminhamento posterior a um psiquiatra**
 - Que sinais e sintomas fazem com que você suspeite disfunção cognitiva?
 - De que maneira você desembaraça esses sinais e sintomas de outros sintomas depressivos ou comorbidades?
 - Quais são os comprometimentos funcionais que os pacientes apresentam como resultado do comprometimento cognitivo?
 - Como você pode lidar o elemento cognitivo durante o tratamento?
 - Quem maneja o paciente? CG? Psiquiatra? Quais são as diferenças entre os países e sistemas?

Medscape
EDUCATION

Como se pode identificar a disfunção cognitiva em pacientes? Existem diversas baterias de exames. Se alguém acredita que uma prova representa um tipo de função cognitiva, ele está errado. Todas as provas cobrem muitas funções diferentes. Como você lida com isso na sua prática diária? Vamos cobrir isso na nossa discussão das vinhetas dos casos clínicos que serão apresentadas. Pode haver uma grande quantidade de questionários e, na condição atual, já não usamos os questionários na prática rotineira para detectar os sintomas depressivos. Por que você usaria provas para detectar sintomas cognitivos na depressão se elas já não são usadas para detectar os sintomas de humor? Vamos tentar explicar o motivo.

Vamos mostrar vinhetas com dois casos de pacientes. A primeira é uma paciente com TDM e comprometimento ocupacional se consultando com um psiquiatra. Depois disso, Eduard Vieta vai discutir esse caso. Espero então ter uma discussão com vocês. O segundo paciente é um homem com abuso de álcool e TDM se consultando com seu clínico geral primeiro, e depois é encaminhado para um psiquiatra. Vocês verão um trecho curto da entrevista com o CG e depois outro trecho curto da entrevista com o psiquiatra.

Gostaria de reforçar que estas são vinhetas de casos clínicos, o que significa que elas são um resumo. Não é possível mostrarmos a situação completa. É provável que vocês tenham muitas perguntas sobre outras coisas que vocês gostariam de saber. Tivemos que escolher alguns pontos principais para fazer com que eles tivessem abrangência em um simpósio como este.

Há uma série de perguntas que vamos discutir e responder em conjunto. Quais sinais e sintomas fazem com que você suspeite disfunção cognitiva no TDM? Como os desembaraçamos? Esse é uma questão importante, de que maneira esses sinais e sintomas são desembaraçados de outros sintomas depressivos ou comorbidades? Como mencionei, em um paciente existe a comorbidade de abuso de álcool. De que maneira desembaraçamos isso do humor? Talvez vocês tenham ouvido falar que apenas uma parte da melhora no funcionamento cognitivo em pacientes com depressão ocorre mediante as alterações na sintomatologia depressiva e que, com um medicamento como a vortioxetina, uma grande parte é um efeito direto.^[5] Mas esses dados são apenas estatísticos. De que maneira isso reflete a prática clínica diária?

Outra pergunta a ser considerada seria, quais são os comprometimentos funcionais que os pacientes apresentam como resultado do comprometimento cognitivo? Qual é a ligação entre os sintomas cognitivos e o funcionamento? De que maneira podemos lidar com eles por meio de tratamentos e quem maneja o paciente? Especialmente na segunda vinheta de caso, isso é feito pelo CG? É pelo psiquiatra? Finalmente, seria interessante discutir as diferenças entre os países e sistemas. Em alguns países, até 90% dos pacientes com TDM são tratados por um CG e, em outros países, isso é completamente diferente. Os padrões de encaminhamento são diferentes, os limiares são diferentes, etc. Essa poderia ser uma discussão interessante.

Agora, espero que vocês estejam prontos para assistir à primeira vinheta sobre uma paciente com TDM e comprometimento ocupacional. Esta é a história da Stella.



Caso 1: uma paciente com TDM e comprometimento ocupacional

Narrador: Stella Roth é uma corretora de imóveis com 25 anos de idade que foi diagnosticada com TDM há aproximadamente dois anos. Naquela época, foi receitado a ela um ISRS (escitalopram, 20 mg/dia). Há cinco meses, a Stella apresentou recidiva. Naquela época, o seu medicamento foi trocado para venlafaxina 225 mg uma vez ao dia. Com exceção da depressão, a Stella tem boas condições de saúde e não está tomando outras medicações. Neste trecho de vídeo curto, ela conversa com o psiquiatra dela durante uma consulta de acompanhamento.

Psiquiatra: Como você está? Como você está se sentindo?

Stella: Estou bem, acho eu.

Psiquiatra: A última vez em que nos encontramos foi há um mês e você me disse que pensava que a medicação ainda estava ajudando?

Stella: Sim. Ela definitivamente ajudou.

Psiquiatra: Mas você ainda não se sente da maneira que acha que deveria estar?

Stella: De fato, não.

Psiquiatra: Você ainda está tomando a medicação todos os dias?

Stella: Sim.

Psiquiatra: E você não está tendo nenhum problema com ela?

Stella: Não. Está tudo bem.

Psiquiatra: A primeira vez que nos encontramos, eu lhe perguntei como você estava se sentindo em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria "As coisas não poderiam estar piores" e 10 seria "Uma saúde mental máxima". Você disse que sua pontuação era 3.

Stella: Certo.

Psiquiatra: Mais recentemente, você aumentou para entre 5 a 6, o que é encorajador. Qual a nota que você diria estar na maior parte do tempo agora?

Stella: Provavelmente um 7.

Psiquiatra: Certamente houve uma melhora, mas parece que você ainda tem um pouco de caminho a percorrer.

Stella: Meu humor global está definitivamente melhor. Meu namorado me disse que pareço estar mais feliz agora e me sinto menos irritável.

Psiquiatra: Certo. O que seria necessário para que você passasse de um 7 para, digamos, um 8 ou um 9?

Stella: Não me sinto tão triste o tempo todo, mais ainda não tenho muita energia. Minha memória é muito ruim. Estou sempre perdendo as coisas e cometendo vários tipos de erros.

Psiquiatra: Você pode me dar alguns exemplos, Stella?

Stella: Bem, isso está realmente causando problemas no meu trabalho.

Psiquiatra: Você ainda trabalha como corretora de imóveis?

Stella: Sim. Eu não apareci em alguns encontros que havia marcado com pessoas que queriam comprar ou vender imóveis porque havia anotado o local errado ou me esqueci completamente deles. Não sei o que há de errado comigo. Eu deixei um casal esperando por mim na chuva enquanto estava do outro lado da cidade esperando por eles na casa errada. Eu perdi a venda e agora eles não querem mais trabalhar comigo.

Psiquiatra: Posso ver que isso poderia lhe causar muitas dificuldades. Você havia alguma vez deixado de ir a um encontro antes de começar a se sentir deprimida?

Stella: Não, nunca.

Psiquiatra: Certo. Você disse que antes de começar a se sentir deprimida você costumava sair com seus amigos à noite e também costumava ir a um clube do livro todas as semanas?

Stella: É verdade.

Psiquiatra: Então, você parou de querer sair e não tinha muita vontade de ver seus amigos nem de falar muito com eles.

Stella: Sim.

Psiquiatra: Isso mudou desde que você começou a tomar a medicação?

Stella: Estou conversando com meus amigos com mais frequência e tento sair com eles, mas percebo que tenho um pouco mais de dificuldade em me organizar para poder me encontrar com eles a tempo.

Psiquiatra: Você começou a frequentar o clube do livro de novo?

Stella: Sim, fui algumas vezes. O problema é que tentei ler na cama antes de dormir como costumava fazer, mas fico lendo a mesma frase repetidamente e depois começo a adormecer. Acho que isso não deixa de ser algo bom, porque não tenho mais insônia.

Psiquiatra: Isso é verdade. Ter uma boa noite de sono é definitivamente uma melhora.

Stella: Concordo, mas me parece que ainda assim não consigo fazer meu trabalho adequadamente.

Psiquiatra: E o seu relacionamento em casa? Você teve alguma mudança na sua libido?

Stella: Ah, isso. Realmente não. Quero dizer, ainda tenho relações sexuais, mas honestamente não tenho vontade.

Psiquiatra: Quando você tem relações sexuais, há alguma diferença entre você alcançar ou não o orgasmo em comparação com a época antes de ficar deprimida?

Stella: Não. Ainda é bom quando as temos. É apenas que simplesmente não tenho vontade de fazê-lo.

Psiquiatra: Bem, você definitivamente parece estar tendo algum tipo de melhora com a medicação. Você acha que gostaria de continuar com o tratamento por mais um tempo e ver o que acontece?

Stella: Não sei. Não quero arriscar a voltar a me sentir triste e irritável o tempo todo, mas o meu salário vem de comissão e, por isso, se não me organizar no trabalho eu não ganho dinheiro e isso vai piorar as coisas ainda mais.

Discussão pelo painel

Resposta da plateia à pergunta N.º 01

A Stella dá uma pontuação de 7 em 10 para sua situação atual. Considerando a perspectiva dessa paciente, uma melhora em qual dos sintomas a seguir traria a sua pontuação mais próxima de 10?

1. Humor
2. Memória, concentração e funcionamento
3. Libido
4. Padrão de sono
5. Nível de energia

Medscape
EDUCATION

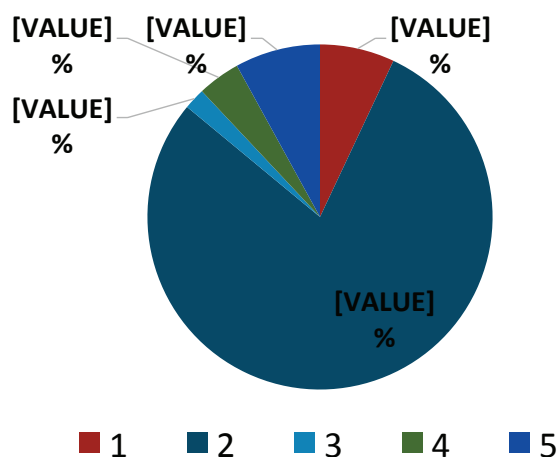
Dr. Demyttenaere: Esta foi a vinheta de caso para a Stella. Temos uma pergunta para vocês, que é apenas para ter as suas opiniões.

Na minha apresentação, comentei que não estamos acostumados a usar ou aplicar muitos questionários. Se vocês não usam questionários, seria útil perguntar ao paciente como ele se sente em uma escala de 0 a 10 e se houve uma mudança. A Stella agora deu uma pontuação 7 para a sua situação atual. Quais seriam as melhoras que fariam com que se aproximasse de 10? 1) Humor; 2) Memória, concentração e funcionamento; 3) Libido; 4) Padrão de sono ou 5) Nível de energia. Aguardamos as suas respostas.

Pergunta N.º 01: resultados do simpósio ao vivo

A Stella dá uma pontuação de 7 em 10 para sua situação atual. Considerando a perspectiva dessa paciente, uma melhora em qual dos sintomas a seguir traria a sua pontuação mais próxima de 10?

1. Humor
2. Memória, concentração e funcionamento
3. Libido
4. Padrão de sono
5. Nível de energia



Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Entre a plateia, a alternativa libido teve a pontuação mais baixa, enquanto que memória, concentração e funcionamento teve quase 80%. No vídeo, a Stella estava principalmente falando sobre a perda da memória, concentração e funcionamento e dos níveis de energia. Isso é interessante, uma vez que eles provavelmente têm um relacionamento bem próximo. Apenas 2% escolheu libido. Isso me decepciona um pouco.

Agora vocês verão como o Dr. Vieta faria o manejo dessa paciente, e eu o convido a compartilhar isso conosco.

De que maneira eu manejaria um paciente com TDM e comprometimento ocupacional



Eduard Vieta, MD, PhD

Chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia
Clínica Hospitalar
Universidade de Barcelona
IDIBAPS, CIBERSAM
Barcelona, Espanha

Medscape
EDUCATION

Dr. Eduard Vieta: O enfoque de minha conversa será sobre “Como eu faria o manejo dessa paciente”. Quando preparamos este caso, pensamos sobre os pacientes que usualmente atendemos na nossa prática clínica. Espero que vocês tenham reconhecido algumas das queixas da Stella como algo que veem em sua prática diária. Em minha experiência, é muito comum que os pacientes melhorem de alguns sintomas, particularmente o humor, a ansiedade e a insônia, mas eles ainda se queixam de outros sintomas. Uma das coisas mais importantes que afeta seus empregos e salário é o funcionamento ocupacional, que tem um relacionamento muito próximo com o funcionamento neurocognitivo.

Declarações

- **Consulte o link de Corpo docente e declarações na página inicial do programa para ver as declarações na íntegra.**

Stella

- 25 anos de idade
- Corretora de imóveis
- Diagnosticada com TDM há dois anos
- Inicialmente receitada com escitalopram 20 mg/dia
- Apresentou recidiva cinco meses atrás
- Trocou para venlafaxina até 225 mg/dia



Medscape
EDUCATION

Para resumir este caso, a Stella tem 25 anos de idade. Ela trabalha como corretora de imóveis e foi diagnosticada com TDM há dois anos. Inicialmente ela foi receitada com escitalopram 20 mg/dia e, porque ela apresentou recidiva há cinco meses, sua medicação foi trocada para venlafaxina 225 mg/dia.

Caso: pontos principais

- Humor e sono melhoraram muito depois do tratamento do TDM
- Se sente muito melhor, mas não alcançou uma remissão completa
- Comprometimento na energia, concentração e capacidades de função executiva
- Perda da libido
- Problemas financeiros resultantes do comprometimento ocupacional

Medscape
EDUCATION

Como vimos, sua situação atual está evidentemente melhor, mas ela não se sente totalmente bem. Ela descreveu sua falta de energia e problemas cognitivos, além de outros problemas como, por exemplo, a libido. O que precisamos fazer com esta paciente? Deveríamos esperar? Deveríamos mudar sua medicação? Deveríamos acrescentar psicoterapia? Isso é algo que precisamos discutir.

Diagnóstico diferencial

- TDM, recuperação lenta
- TDM, recuperação parcial
- Comprometimento cognitivo leve
- Outras condições
 - Doença neurológica
 - Hipotireoidismo
 - Abuso de drogas

Medscape
EDUCATION

Primeiramente, precisamos discutir o diagnóstico. Como mencionamos, vimos um vídeo condensado por termos um tempo limitado. Acredito que está claro que a Stella tem depressão, uma vez que esta foi uma consulta de acompanhamento e o diagnóstico já havia sido feito. O tratamento foi mais ou menos eficaz. Poderia ser ele considerado uma recuperação lenta? Deveríamos esperar até que a medicação alcance seus efeitos máximos? Ou é esta uma recuperação parcial? Deveríamos ser mais ambiciosos? A Stella também mencionou que não gostaria de perder o que ela já ganhou com o tratamento. Ela apresentou uma melhora significativa no humor e, de certo modo, na energia, sono e outros problemas. Ela está agora saindo com os amigos e está trabalhando.

Precisamos fazer o diagnóstico diferencial. Sempre precisamos levar em conta a possibilidade de outras condições. Seria errado presumir que esta é apenas outra recidiva. Precisamos ter certeza de que esta não é uma doença neurológica ou hipotireoidismo. Isso é feito através de perguntas que fazemos ao paciente e, no caso de dúvida, deveríamos fazer exames de sangue ou até mesmo uma avaliação neurológica meticulosa.

Diagnóstico e avaliação

- **Avaliação médica**
 - Avaliação neurológica meticulosa
 - Exames de sangue caso pertinente (TSH, drogas)
 - Ressonância magnética cerebral, caso necessário
- **Avaliação neuropsicológica e funcional**
 - Exames cognitivos (MMSE, MoCA)
 - Instrumento de exames cognitivos para avaliar a função executiva, a memória operacional, a velocidade de processamento (p. ex., com o DSST, N-back ou SCIP)
 - Bateria completa de provas neuropsicológicas
 - Uso de escala autorrelatada sobre cognição e função
 - Avaliação funcional (FAST, UPSA-B)

Medscape
EDUCATION

Este slide resume o que, em minha opinião, são as opções possíveis, embora cada uma delas não seria necessária para todos os pacientes. Certo nível de avaliação neurológica é relevante, mas isso provavelmente dependeria da idade do paciente. Se a Stella tivesse 65 ou 70 anos de idade, há alguns exames que eu gostaria muito de fazer, porque eu estaria preocupado com a possibilidade de um comprometimento cognitivo leve ou sintomas iniciais de demência ou até mesmo de doença de Parkinson. Ela não parece ter um transtorno neurológico, mas acredito que certo nível de avaliação neurológica é importante. Os exames de sangue também são importantes para descartar a possibilidade de anemia, hipotireoidismo, para examinar o uso de drogas e álcool, etc. Não acredito que a Stella precisaria de uma RM mas, se ela fosse mais velha, eu provavelmente faria uma.

Depois disso, temos a questão da avaliação neurocognitiva. Muitos de nós não estamos acostumados a fazer isso. Os CGs e os psiquiatras podem ter muitos pacientes e não têm tempo e, algumas vezes, não têm a experiência para fazerem uma avaliação neuropsicológica meticulosa. Ela pode ser um pouco onerosa mas, em alguns casos, acredito que ela é necessária. Se você suspeita que alguém tem algum comprometimento neurológico ou doença neurodegenerativa, você poderia considerar fazer um mini-exame de estado mental (Mini-Mental State Examination, MMSE) ou uma avaliação cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Para condições psiquiátricas ou condições gerais, você poderia considerar avaliar esses pacientes por meio de uma breve ferramenta de avaliação como a prova de substituição de dígitos por símbolos (Digit Symbol Substitution Test, DSST), que mede a velocidade de processamento, além de um pouco de funcionamento executivo e memória. Esta é uma prova muito simples que pode ser realizada em pouco tempo. Ela ajuda a avaliar se existe algum comprometimento neurocognitivo, mesmo se ele estiver relacionado à condição psiquiátrica. Temos também a prova N-back, que é uma prova curta e simples, onde se pede às pessoas para contar para trás por um grupo de dígitos. Temos também o exame para detectar comprometimento cognitivo em psiquiatria (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry, SCIP), outra ferramenta de avaliação curta.

Em ambiente hospitalar, o que eu pessoalmente faço e faria para esta paciente seria uma bateria completa de provas neuropsicológicas. Isso pode ser um pouco mais difícil de ser feito em contexto ambulatorial, mas acredito que vale a pena fazer uma bateria de provas neuropsicológicas, especialmente se você tem à sua disposição neuropsicólogos que podem fazê-las. É também útil ter um autorrelato da situação cognitiva do paciente, uma vez que não existe uma boa correlação entre o que os pacientes percebem ser sua memória, sua situação cognitiva e o seu comprometimento objetivo. Alguns pacientes se queixam de problemas de memória e, quando você faz a avaliação objetiva, você não vê um comprometimento tão grande assim. O oposto também acontece, em que alguns pacientes não se queixam de comprometimento da memória, mas você então faz uma prova e percebe que eles estão tendo um comprometimento objetivo significativo.

Por último, é também algo interessante fazer uma avaliação funcional, se possível e dependendo do contexto. Isso significa usar escalas como a ferramenta de exame de avaliação funcional (Functional Assessment Screening Tool, FAST), uma prova muito simples e curta, e o exame breve das capacidades com base no desempenho da Universidade da Califórnia de San Diego) (Brief University of California, San Diego, Performance-Based Skills, UPSA-B), que é mais uma prova de funcionamento baseada no desempenho.

Resposta da plateia à pergunta N.º 02

Presumindo um diagnóstico de TDM com recuperação parcial, qual estratégia de tratamento você escolheria?

1. Continuar com a medicação por mais um mês
2. Aumentaria a dose de venlafaxina para 300 mg/dia
3. Trocaria para um antidepressivo diferente
4. Aumentaria a medicação atual com um segundo agente
5. Acrescentaria terapia de remediação cognitiva

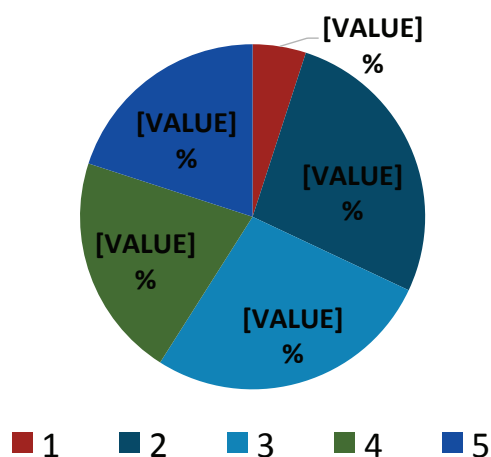
Medscape
EDUCATION

Agora, gostaria de fazer uma pergunta a vocês. Acredito que a maioria de nós concordaria com um diagnóstico de TDM com recuperação parcial. Presumindo um diagnóstico de TDM com recuperação parcial, qual estratégia de tratamento você escolheria para a Stella? 1) Continuar com a medicação por mais um mês para ver se ela vai de uma pontuação de 7 para 8 ou talvez 9; 2) Aumentaria a dose de venlafaxina para 300 mg/dia; talvez ela melhoraria mais ainda com um pouco mais de medicação; 3) Trocaria para um antidepressivo diferente que poderia ter um perfil diferente; 4) Ampliaria a medicação atual com um segundo agente, algo que realça as propriedades do antidepressivo ou que tem alguns efeitos pró-cognitivos ou 5) Acrescentaria terapia de remediação cognitiva? Por gentileza, votem.

Pergunta N.º 02: resultados do simpósio ao vivo

Presumindo um diagnóstico de TDM com recuperação parcial, qual estratégia de tratamento você escolheria?

1. Continuar com a medicação por mais um mês
2. Aumentaria a dose de venlafaxina para 300 mg/dia
3. Trocaria para um antidepressivo diferente
4. Ampliaria a medicação atual com um segundo agente
5. Acrescentaria terapia de remediação cognitiva



Medscape
EDUCATION

Dr. Vieta: Estou satisfeito em ver que as respostas da plateia estão bastante disseminadas. Em minha opinião, é uma boa notícia que a maioria de vocês não agiria de modo muito conservador. Agir de modo conservador na medicina não é necessariamente algo ruim, mas creio que é demasiadamente conservador continuar a medicação dela do jeito que está. Se quisesse continuar com a medicação dela, talvez tentasse aumentar a dose. A outra opção seria trocar para um antidepressivo diferente, que tem seus pontos contra e a favor. Não há uma resposta correta. Todos vocês acertaram. O ponto a favor da mudança para um antidepressivo diferente seria a possibilidade de haver medicamentos com um melhor perfil cognitivo ou que poderiam ajudar com os sintomas sexuais. É possível conseguir um efeito adicional ao trocar para outro antidepressivo, mas existe também o risco de perder o efeito que você já alcançou com a venlafaxina. Isso depende um pouco da sua abordagem pessoal e se você é mais proativo e gosta de mudar e inovar. Além disso, existe também a opção de ampliar. Um segundo antidepressivo poderia ser usado, um antipsicótico atípico de baixa dose ou até mesmo a modafinila, por exemplo, que é um medicamento pró-cognitivo que pode ajudar com esses sintomas. Por último, acredito que acrescentar remediação cognitiva é uma ótima opção, embora ela não esteja facilmente disponível para a maioria dos pacientes.

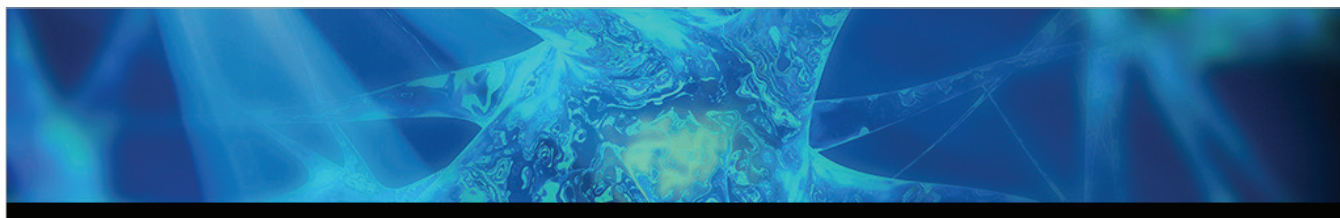
Objetivos do tratamento a serem considerados durante a discussão de opções de tratamento

- Evitar a piora do humor, irritabilidade e sono
- Melhorar a energia e a motivação
- Melhorar a cognição
- Melhorar a libido
- Restaurar o funcionamento anterior

Medscape
EDUCATION

Ao considerar essas opções de tratamento, o objetivo é evitar a piora dos sintomas enquanto também alcança um melhor funcionamento. Não podemos ficar satisfeitos com o que alcançamos até agora com essa paciente. Caso contrário, é muito provável que ela pare de tomar a medicação em algum momento se ela não melhorar, e sua situação familiar e ocupacional serão adversamente afetadas. Queremos melhorar sua energia, cognição, melhorar a libido dela se pudermos e restaurar o seu desempenho anterior.

Discussão pelo painel



Discussão pelo painel

Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Obrigado, Eduard. Temos uma pergunta da plateia.

Expectador: Sou do Canadá. Este é um ótimo relato de caso. Uma das minhas perguntas seria se ela não apresenta transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) como comorbidade? O TDAH frequentemente passa despercebido em mulheres jovens e em homens e mulheres adultos. Talvez isso pudesse fazer parte do diagnóstico? Eu acrescentaria, em termos de ferramentas de avaliação, a escala autorrelatada de TDAH para adultos (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) de 18 perguntas.

Dr. Vieta: Obrigado pela sua pergunta. Não disponibilizamos uma quantidade suficiente de informações nesta parte da vinheta de caso para descartar a hipótese de TDAH. Contudo, a Stella afirmou que ela nunca havia tido esses problemas antes. A principal pergunta para descartar a hipótese de TDAH é perguntar sobre a infância dela e seu histórico na escola. Eu faria essas perguntas antes de usar uma ferramenta de avaliação. Honestamente, não sou muito a favor de usar ferramentas de avaliação quando não existe um histórico evidente de TDAH. Você tem razão quando diz que este histórico não está claro nesta seção do relato de caso.

Dr. Demyttenaere: Outras perguntas?

Expectador: Nesse caso...

Dr. Vieta: Vou resumir o que você está dizendo por que as pessoas no fundo da sala não estão conseguindo ouvi-lo. Você mencionou uma piora evidente no desempenho no trabalho. Você também disse que precisamos de mais informações sobre questões que são relevantes para o caso, correto?

Expectador: Sim. Se ela pudesse tirar uma licença do trabalho e isso pudesse ser negociado...

Dr. Vieta: Concordo. Como há pessoas que podem não conseguir ouvi-lo, vou dizer que esta é uma vinheta de caso que resume muitos problemas. Em todo o caso, é necessário compreender todos os pormenores sobre a paciente, seus relacionamentos e seu trabalho. Nesta vinheta, mostramos como os problemas cognitivos são muito relevantes, e eles estão claramente relacionados ao funcionamento dela e ao desempenho do seu trabalho.

Dr. Demyttenaere: O que é interessante do comentário do expectador é que se existem sintomas cognitivos em pacientes com depressão, existe uma possibilidade muito grande de que eles sejam devidos à depressão. Precisamos descartar outras causas possíveis, como vocês poderão ver na segunda vinheta de caso, em que há abuso de álcool. Também concordo com a sugestão da plateia, de que você deveria verificar se existe lesão craniana. Como mencionado pelo Eduard durante sua conversa sobre manejo, precisamos investigar completamente se existem outros motivos para os sintomas cognitivos.

Dr. Vieta: O comentário sobre o TDAH também é relevante.

Dr. Demyttenaere: Algo que você também mencionou que foi interessante seria se ela deveria ou não tirar uma licença por motivo de doença. Essa seria outra discussão completa à parte, e uma discussão muito interessante sobre as vantagens e desvantagens de colocar alguém de licença por motivo de doença.

Dr. Vieta: O que você faria neste caso, Bernhard?

Dr. Bernhard Baune: Conversamos sobre qual estratégia deveria ser usada para a medicação e se a dose precisaria ser ampliada, alterada ou aumentada. Seria possível usar qualquer dessas opções. Eu exploraria mais a fundo o temperamento da paciente ou suas metas para saber o que ela deseja alcançar em primeiro, segundo e terceiro lugares. Se ela dissesse que está determinada a aumentar sua função cognitiva e a função geral, eu poderia considerar trocar para outro medicamento com eficácia comprovada nessas áreas para melhorar a cognição. Se ela estivesse um pouco mais hesitante em fazer isso e quisesse manter o que já foi alcançado até aquele momento por mais algumas semanas, então talvez seria bom aumentar a venlafaxina para 300 mg. Isso depende dessa interação e explorar de maneira mais aprofundada.

Dr. Demyttenaere: Por outro lado, pode fazer sentido aumentar a dose de venlafaxina para 300 mg. Não sabemos neste caso resumido se os problemas sexuais também estão ligados ao uso da venlafaxina ou se eles já existiam. Isso pode também ser um dos indicadores que orientam a decisão de trocar o medicamento ou aumentar a dose de venlafaxina.

Dr. Vieta: Temos três perguntas muito boas da plateia. A primeira é: muitas pessoas se queixam sobre a cognição, mas quando fazemos uma avaliação neuropsicológica, não há nada de errado. É possível que essas provas não sejam suficientemente boas?

Isso é verdade, mas uma das coisas que por vezes descobrimos é que os pacientes parecem estar indo bem, mas eles poderiam ter tido um desempenho muito melhor antes da depressão. Por vezes eles parecem estar indo bem devido às normas, mas alguns deles perderam um pouco da capacidade funcional. A outra questão é que a depressão pode causar falta de autoconfiança e energia para fazer as provas. Isso pode distorcer o desempenho.

Há outra pergunta relacionada que é: "Deveríamos medir o comprometimento cognitivo antes de iniciar o tratamento?" Minha resposta é sim, mas entendo que há outras questões relacionadas a questões práticas sobre como essas provas devem ser realizadas. Eu sou favorável a fazer uma breve avaliação, da maneira mais meticulosa possível, porque esta é uma dimensão que tem sido negligenciada até agora. Idealmente, no mínimo uma medida subjetiva que pode ser auto-administrada pelo paciente pode dar alguma indicação. Isso não é perfeito, embora você também possa usar uma das provas de avaliação de curta duração.

Por último, outra pergunta é: "E se fizéssemos a ampliação com estimulantes neste tipo de caso?" Eu mencionei a modafinila, que não é necessariamente um estimulante. A pergunta menciona metilfenidato ou outros estimulantes. Isso poderia ser uma possibilidade, embora não tenho certeza se ele ajudaria muito. Eu não o uso normalmente, mas nunca vi nenhum problema em particular nos casos em que ele foi usado, especialmente se havia TDAH. Se existe um histórico de TDAH, ele é claramente indicado. Caso contrário, eu não sou muito favorável ao seu uso.

Dr. Baune: Gostaria de fazer um comentário a respeito da estratégia de ampliação com metilfenidato. Se você examinar os dados sobre o tratamento da depressão com um antidepressivo mais metilfenidato, não existe um benefício para a depressão.^[5] Há apenas benefício se o TDAH estiver bem situado no primeiro plano da comorbidade. Além do tratamento médico, uma opção foi a terapia de remediação cognitiva. No caso da Stella, ela já alcançou uma melhora em seu perfil de sintomas. Acredito que ela provavelmente beneficiaria com algum tipo de treinamento cognitivo ou terapia de remediação cognitiva, dependendo se ela pudesse encontrar tempo para fazê-lo em seu horário, que já é preenchido. Talvez ela pudesse usar uma combinação, embora

exista uma quantidade muito pequena de evidência publicada até agora. Como clínicos, devemos considerar iniciar alguém nesse tratamento se ele estiver disponível.

Dr. Demyttenaere: Também gostaria de acrescentar que há uma quantidade pequena de artigos mostrando que o tratamento psicodinâmico de curto prazo melhora o funcionamento neurocognitivo.^[6] Isso ocorre porque as emoções e outros aspectos podem também contribuir para os sintomas cognitivos. Acredito que não é apenas a remediação cognitiva. Responderemos a mais uma pergunta antes de passarmos para a segunda vinheta de caso.

Expectador: Minha pergunta é sobre o fato de que a Stella é uma mulher muito jovem. Ela está tendo comprometimento cognitivo e redução na libido. Porque não usar a bupropiona neste caso?

Dr. Vieta: A bupropiona é, evidentemente, uma opção. Até onde eu saiba, não existe um estudo mostrando que a bupropiona tem um efeito positivo sobre a cognição como resultado primário, em comparação com o placebo. Contudo, o perfil da bupropiona é adequado, embora seja teórico, e é uma opção.

Caso 2: Um paciente com TDM e toxicomania – primeira parte, a consulta com o CG



Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Está na hora de passarmos para a segunda vinheta de caso, que é sobre o Martin. Esta se trata de uma entrevista de curta duração com um CG, que está muito entusiasmado no começo. Depois disso, o paciente é encaminhado para o psiquiatra e veremos essa entrevista. Vamos agora ver a primeira parte da segunda vinheta de caso.

Caso 2: um paciente com TDM e toxicomania – primeira parte, a consulta com o CG

Narrador: Martin Hammond tem 52 anos de idade e foi recentemente demitido de seu cargo como gerente de vendas de exportação. Martin está um pouco acima do peso ideal, mas, fora isso, sua saúde física é razoavelmente boa. Ele está se consultando com o seu CG porque a esposa dele está preocupada com o fato de o humor dele estar em baixa e ele estar bebendo cada vez mais.

CG: Sr. Hammond, sente-se por favor.

Martin: Obrigado, doutor.

CG: Fazia tempo que não via o senhor.

Martin: Sim, acho que não.

CG: O que o traz aqui hoje?

Martin: Bem, eu me sinto cansado o tempo todo. Parece que não consigo encontrar a energia para fazer nada.

CG: Certo. O senhor acha que está dormindo mais ou menos que o habitual?

Martin: Na verdade, não tenho conseguido dormir muito bem por algum tempo. Algumas vezes tomo algumas bebidas alcoólicas para me ajudar a dormir, mas minha esposa acha que estou bebendo demais.

CG: Há algo em particular que o senhor acredita estar podendo afetar seu sono?

Martin: Recentemente perdi meu emprego, mas já estava tendo dificuldade em dormir mesmo antes de perder meu emprego.

CG: O senhor concorda com a preocupação da sua esposa sobre a quantidade álcool que está bebendo? O senhor alguma vez achou que deveria diminuir o quanto bebe?

Martin: Sim, estou provavelmente bebendo mais do que costumava, mas as coisas têm estado difíceis ultimamente.

CG: O senhor se aborrece quando sua esposa critica o quanto está bebendo ou outras pessoas o aborreceram ao fazer comentários sobre quanto o senhor está bebendo?

Martin: Eu acho que ela está reagindo com exagero. Meu diretor me disse algo em uma ocasião, mas tive vontade de dizer a ele que era o fato de ele me pressionar tanto que me fazia ter vontade de beber.

CG: Seu trabalho estava lhe causando muito estresse?

Martin: Sim. Todos os meses eles esperavam que as vendas do meu setor aumentassem. Mas é impossível fazer com que elas aumentem todo o mês.

CG: Isso soa como muita pressão.

Martin: E era mesmo. Quero dizer, eu adorava o meu trabalho e todos esses desafios. Eu realmente era bom no que fazia. Então, toda a pressão pareceu começar e eu não conseguia dormir direito à noite e estava tão cansado, e comecei a perceber que não conseguia mais prestar atenção durante as reuniões e ficava me esquecendo de dar prosseguimento às coisas.

CG: Esta pressão também afetou o seu humor?

Martin: Sim, acho que sim.

CG: O senhor poderia me explicar como se sentia?

Martin: Bem, provavelmente estava infeliz a maior parte do tempo. Minha esposa diz que eu pareço miserável há algum tempo. Ela costumava me perguntar como havia sido meu dia, mas depois eu não queria mais conversar a respeito disso porque estava começando a me sentir um fracasso.

CG: Certo. Agora que o senhor não está mais naquele ambiente, ainda continua a se sentir da mesma maneira?

Martin: É pior agora, doutor. Estou preocupado com conseguir outro emprego, mas nem sinto vontade de procurar por um nem de fazer telefonemas. Algumas vezes nem sinto vontade de sair da cama ou de me vestir. Minha esposa está aborrecida comigo por causa da bebida. Estou começando a sentir que ela estaria melhor sem mim.

CG: O que quer dizer com isso, Sr. Hammond?

Martin: Bem, o outro dia eu estava na garagem procurando por algo e me deparei com um pedaço de corda, e comecei a pensar qual seria a sensação daquilo, mas depois percebi que isso seria ridículo. Mas estou com medo só por ter tido um pensamento como aquele. Parece que tudo está indo de mal a pior.

CG: Está bem, entendo. Isso é muita pressão. Sr. Hammond, isso tudo soa bastante como depressão. Existem diversas coisas que poderiam contribuir com que o senhor se sentisse cansado o tempo todo, então gostaria de fazer alguns exames de sangue para ter certeza de que não há nenhum aspecto físico ocorrendo que precisamos conhecer, mas acredito que a principal prioridade é obter ajuda para o seu humor geral e saúde mental.

Martin: Depressão? Tem certeza? Nunca tive isso antes.

CG: A depressão pode ocorrer em qualquer época da vida, e me parece que o senhor estava sofrendo bastante pressão no trabalho; por isso, eu gostaria de conseguir a ajuda que o senhor precisa para poder recuperar.

Martin: Está bem.

CG: O senhor esteve lutando contra muitas dificuldades; assim, acredito que seria uma boa ideia conversar com um psiquiatra.

Martin: O senhor realmente acha que é necessário?

CG: A depressão pode ser muito incapacitante, Sr. Hammond. Existem diversos tratamentos que podem fazer uma grande diferença, mas queremos tentar encontrar a melhor opção para o senhor. O senhor me disse diversas coisas que me fizeram pensar que um psiquiatra seria a melhor pessoa para ajudá-lo. Em minha opinião, o senhor está claramente deprimido, mas o seu consumo de álcool e o modo pelo qual perdeu o emprego são coisas que podem ser exploradas mais a fundo. Um psiquiatra conseguiria obter um panorama mais detalhado sobre o que está acontecendo com o senhor e levar em consideração toda a gama de opções de tratamento.

Martin: Tudo bem. Vou tentar.

CG: Que bom. Realmente espero que ajude.

Discussão pelo painel

Dr. Demyttenaere: Este foi o vídeo com o CG. Antes de passarmos para a segunda parte, seria interessante perguntar à Sarah Bromley se ela acredita ser um pouco cedo para encaminhar esse paciente imediatamente a um psiquiatra?

Dra. Sarah Bromley: Do ponto de vista do que ocorre no Reino Unido, seria incomum encaminhar no final da consulta, desse jeito. Inevitavelmente, este caso é similar ao anterior, em que precisamos mostrar algo de curta duração para enfatizar o assunto. O que foi mostrado provavelmente condensa três ou quatro consultas em uma só. Normalmente, passaríamos mais tempo explorando algumas das outras coisas sobre as quais ele está falando. Depois disso, ele talvez retornaria para outra consulta com os resultados dos exames de sangue e examinariamos esses resultados antes de encaminhá-lo para um psiquiatra. Tendo dito isso, acredito que no Reino Unido aproximadamente 90% dos pacientes com depressão são tratados por seus clínicos gerais. Mesmo assim, o Martin de fato tem alguns pontos alarmantes. Ele está pensando em suicídio; ele está consumindo bebidas alcoólicas. Ele tem 52 anos de idade e, portanto, está na faixa etária que apresenta alto risco de suicídio. Há alguns fatores neste caso que me levariam a querer explorar o risco de suicídio e procurar mais ajuda. Talvez consideraríamos encaminhá-lo antes que outras pessoas sem esses fatores de risco.

Dr. Demyttenaere: Obrigado pelo comentário. Acredito que provavelmente a abordagem de encaminhamento varia de um país para outro. Podemos retornar a isso mais tarde, durante a discussão. Primeiro, temos uma pergunta para a plateia.

O que você mais gostaria de explorar com mais profundidade neste paciente? 1) Seu uso de álcool; 2) Sua insônia; 3) Seu sentimento de inutilidade; 4) Suas dificuldades no trabalho ou 5) Os resultados de seus exames de sangue?

Resposta da plateia à pergunta N.º 03

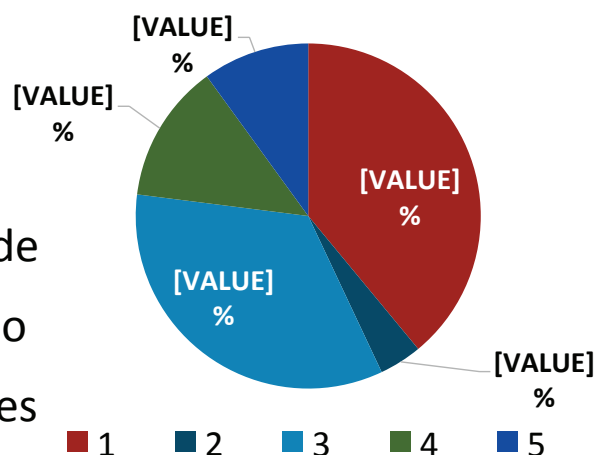
O que você mais gostaria de explorar com mais profundidade neste paciente?

1. Seu uso de álcool
2. Sua insônia
3. Seu sentimento de inutilidade
4. Suas dificuldades no trabalho
5. Os resultados de seus exames de sangue

Pergunta N.º 03: resultados do simpósio ao vivo

O que você mais gostaria de explorar com mais profundidade neste paciente?

1. Seu uso de álcool
2. Sua insônia
3. Seu sentimento de inutilidade
4. Suas dificuldades no trabalho
5. Os resultados de seus exames de sangue



Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Resposta interessante pela plateia. Sarah, quando discutimos isto antes, você disse que o sistema de saúde mental se recusaria a tratar um paciente com abuso de álcool até que o problema com o álcool fosse tratado primeiro.

Dr. Bromley: Existem diferenças nos sistemas ao redor do mundo mas, com certeza no Reino Unido, um paciente que está usando drogas ou álcool vai tomar um rumo e um paciente com um problema de saúde mental vai tomar outro rumo. Para pacientes como o Martin, é muito importante que eles recebam assistência integral. Em meu trabalho com o sistema prisional, frequentemente vejo presidiários que foram excluídos dos serviços de saúde mental devido à sua toxicomania e, portanto, os seus transtornos mentais foram tratados inadequadamente. Isso é uma tragédia.

Dr. Demyttenaere: O abuso de álcool é considerado um problema de saúde mental ou é algo diferente? É algo para se pensar.

Nesse ínterim, o Martin teve tempo para encontrar um psiquiatra. Vamos assistir à segunda parte da vinheta de caso, que é a entrevista com o psiquiatra.

Caso 2:
Um paciente com TDM e toxicomania
– segunda parte, a consulta com o
psiquiatra



Medscape
EDUCATION

Caso 2: um paciente com TDM e toxicomania – segunda parte, a consulta com o psiquiatra

Psiquiatra: Eu recebi uma carta de seu médico de família, o Dr. Dawson.

Martin: Sim.

Psiquiatra: Ele diz que recentemente o senhor tem passando por uma época difícil no trabalho e em casa, e que se tem sentido muito para baixo e esgotado.

Martin: É verdade.

Psiquiatra: Como o senhor está se sentindo hoje?

Martin: Estou me sentindo muito cansado hoje, como sempre. Não dormi nada ontem à noite. Eu nem queria vir hoje porque simplesmente não estava com vontade de fazê-lo. Não acho que vai adiantar nada, mas minha esposa me obrigou a vir, então...

Psiquiatra: Prossiga, Sr. Hammond.

Martin: Eu simplesmente não sinto vontade de fazer nada ou ir a lugar nenhum. Estou tão preocupado com o fato de que não tenho um emprego. Na semana passada, um amigo meu me disse que sabia de uma empresa que estava procurando por um gerente com a minha experiência, mas não tive vontade nenhuma de telefonar e, quando finalmente me forcei a fazê-lo, esqueci onde havia colocado as informações de contato.

Psiquiatra: O senhor já havia tido dificuldade em manter-se organizado no passado?

Martin: Não, geralmente sou muito proativo e organizado. Não sei o que aconteceu comigo.

Psiquiatra: O senhor se lembra quando começou a se sentir assim?

Martin: Acredito que há quase um ano. Eu estava sofrendo muita pressão no trabalho. Nova chefia de alto escalão, metas mais agressivas. Eu comecei a detestar ter que ir trabalhar. Havia tantas coisas que eu precisava estar acompanhando de perto, mas minha mente simplesmente não estava desempenhando essa tarefa corretamente.

Psiquiatra: O senhor você estava deixando passar coisas e cometendo erros.

Martin: Sim. Parecia que estava ficando cada vez pior.

Psiquiatra: Você pode me dar alguns exemplos?

Martin: Em uma ocasião, eu cometi um erro de previsão para meu setor. Ele era aproximadamente 20% maior do que era para ser e isso causou um problema enorme.

Psiquiatra: O senhor nunca tinha feito algo como isso antes?

Martin: Não, nunca. Sempre fui muito metódico, especialmente com valores.

Psiquiatra: Bem, parece que o senhor tinha muitas responsabilidades. Quais outras coisas o senhor começou a achar mais difíceis do que o normal naquela época?

Martin: Eu coordenava muitas reuniões, e algumas delas podem ficar muito movimentadas. Comecei a ter dificuldade em acompanhar o rumo da discussão; assim, algumas vezes depois da reunião, eu não tinha muita certeza do que havia sido dito.

Psiquiatra: Certo. Então o senhor diria que apresentou uma alteração no humor, começou a se sentir para baixo, aproximadamente na mesma época em que começou a ter dificuldade em se concentrar e a fazer suas tarefas no trabalho?

Martin: Sim, creio que foi aproximadamente na mesma época.

Psiquiatra: Certo. O senhor disse que estava detestando ter que ir trabalhar. Qual era sua opinião sobre a vida no geral?

Martin: Honestamente, tudo começou a deixar de ter sentido. Não tinha mais vontade de sair com amigos ou convidar ninguém para jantar lá em casa. Nos finais de semana, em vez de cuidar do jardim, eu ficava simplesmente sentado à toa. Tenho mais tempo do que nunca agora que não estou trabalhando, mas meu jardim nunca esteve tão mal cuidado.

Psiquiatra: Apesar de não estar mais trabalhando, o senhor ainda acredita que não consegue se concentrar?

Martin: Sim. Nem mesmo consigo ajudar minha esposa porque me esqueço das coisas que ela me pede para fazer. Eu começo a ler o jornal, mas geralmente desisto antes de terminar a primeira página porque não estou capturando nada.

Psiquiatra: O senhor está bebendo mais do que costumava?

Martin: Sim.

Psiquiatra: Quando foi que começou a beber mais, Sr. Hammond?

Martin: Provavelmente apenas alguns meses depois que tudo começou. Eu não estava dormindo direito, então comecei a beber um pouco antes de ir para cama para me ajudar a adormecer e depois gradativamente comecei a tomar essa bebida mais cedo. Depois, passou para duas bebidas e então três.

Psiquiatra: O senhor bebia durante o dia no trabalho?

Martin: Não no trabalho, mas uma vez saí com outra equipe de gerência e bebi mais do que deveria. Meu diretor comentou algo a respeito no dia seguinte.

Psiquiatra: O Dr. Dawson está um pouco preocupado com o fato de que começou a pensar que sua esposa estaria melhor sem o senhor?

Martin: Sim. Eu penso nisso algumas vezes, mas não vou fazer nenhuma loucura. Pensei nisso só naquela vez e então percebi que algo deveria estar errado comigo se estava cogitando uma coisa dessas, mas me sinto tão desesperançoso.

Psiquiatra: O que está sentindo, Sr. Hammond, não é incomum para alguém que sofreu o tipo de pressão que o senhor passou. Seus exames de sangue mostram que não há motivos físicos aparentes para os seus sintomas. O senhor tem o que é chamado de transtorno depressivo maior. O importante é saber que há algo que podemos fazer a respeito. Precisamos iniciar um tratamento para o senhor. O senhor não verá uma mudança do dia para a noite mas, dentro de algumas semanas deve pelo menos começar a se sentir mais como se sentia antigamente.

Martin: Obrigado, doutor. Eu realmente não quero continuar a me sentir desta maneira.

De que maneira eu manejaria um paciente com TDM e toxicomania

Bernhard Baune, MD, PhD

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



Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Essa foi a segunda parte da segunda vinheta de caso. É com muita satisfação que agora convido o Bernhard a nos dar seus comentários sobre este caso.

De que maneira eu faria o manejo de um paciente com TDM e toxicomania

Dr. Baune: Muito obrigado.

Declarações

- **Consulte o link de Corpo docente e declarações na página inicial do programa para ver as declarações na íntegra.**

Martin

- Menos energia, sensação de cansaço, desmotivado
- Perda do enfoque, concentração e capacidades de função executiva
- Humor triste e infeliz com breve pensamento suicida
- Afastamento social
- Perda da autoconfiança
- Problema com álcool
- Perda do emprego



Medscape
EDUCATION

O que é particularmente interessante sobre este caso é que agora temos um panorama bem abrangente vindo da parte com o CG e agora da consulta com o psiquiatra. O que fica bem evidente é que a consulta com o CG está coletando os sintomas que o paciente tem apresentado transversalmente e a consulta com o psiquiatra tenta desembaraçar a causa e os efeitos e o período de tempo ao redor do desenvolvimento dos sintomas e os efeitos do desenvolvimento dos sintomas.

Eu gostaria de examiná-los mais detalhadamente. Até agora, vimos que o paciente apresentou muitos sintomas e passou por um espectro de diferentes domínios de sintomas. Começamos com a energia, os sintomas de humor e então houve o comprometimento da função cognitiva. Ele não estava conseguindo ler ou se concentrar muito bem. Além disso, ele também desenvolveu problemas funcionais no trabalho, portanto apresentou também problemas particulares de desempenho. Depois, além de tudo isto, ele tentou compensar seus sintomas ao automedicar-se com álcool, o que começou um pouco mais tarde. Ele desenvolveu alguns problemas sobre isso também. Como resultado, ele não tinha vontade de socializar; assim, a sua vida familiar e social foram afetadas de certa maneira. Tudo isso culminou na perda do seu emprego. Portanto, é muito importante, antes de começarmos a tratar uma pessoa como essa, desembaraçar a causa e o efeito.

Avaliação

- Esclarecer a anamnese: Causa e evolução dos sintomas
 - Problemas cognitivos e de funcionamento no trabalho e em casa foram as principais causas que contribuíram para o início e a evolução da depressão
 - O estresse a mudança das expectativas no trabalho podem ser tanto a causa como o efeito
 - Abuso de álcool secundário à depressão
 - Afastamento social secundário à perda da função e sintomas de depressão com o passar do tempo
 - A insatisfação com a vida e sentimentos de inutilidade se desenvolveram mais tarde e expressam a gravidade do episódio depressivo

Medscape
EDUCATION

Na apresentação do caso, o Martin disse que seus problemas haviam começado há aproximadamente um ano, quando ele começou a sofrer mais pressão no trabalho, com a qual ele não conseguiu lidar muito bem, e ele cometeu erros. Ele também não estava conseguindo ter um desempenho muito bom. Não ficou muito claro, naquela época, de onde isso estava vindo e se estava ou não relacionado ao estresse ou se foi uma resposta devido ao aumento dos problemas no trabalho. Pode ser que houve inicialmente problemas cognitivos que deram origem aos problemas de desempenho no trabalho; assim, seria uma consequência em vez de uma causa. Depois disso, quando houve primeiro uma queda no desempenho no trabalho, o estresse aumentou porque ele não conseguia ter um bom desempenho. Há um tipo de reação em cadeia e uma espiral decrescente que ocorrem com este paciente.

O uso do álcool foi evidentemente um problema secundário em termos de época do desenvolvimento. É claro que também gostaríamos de saber se este homem havia bebido álcool antes ou se ele havia tido um problema com drogas ou álcool no passado, algo que não foi mencionado aqui. Essas seriam outras perguntas a serem perguntadas durante uma entrevista mais abrangente.

Pudemos determinar que a perda da interação social foi mais uma consequência da perda da função, da autoconfiança e do aumento dos sintomas de humor de depressão, sensação de desespero e de estar cansado da vida. Acredito que frequentemente vemos isso nos pacientes em nossas práticas. Ficou bem ilustrado aqui que este foi um aumento na gravidade dos sintomas com o passar do tempo. Isso não começou repentinamente. Houve um desenvolvimento gradativo durante pelo menos um ano neste caso em particular.

Avaliação (cont.)

- Avaliação do humor, avaliação cognitiva e funcional
 - Entrevista psiquiátrica e avaliação do abuso de álcool
 - Instrumento de exames cognitivos para avaliar a função executiva, a memória de curto prazo, a velocidade de processamento (p. ex., com o DSST)
 - Avaliação clínica da função no trabalho, função social, relacionamentos, lazer
 - Uso de escala autorrelatada sobre cognição e função
- Avaliação médica
 - Verificar a função hepática nos exames de sangue devido ao abuso de álcool e para excluir outras possíveis causas da depressão
 - TC e/ou RM cerebral

Medscape
EDUCATION

Temos um desembaraço em termos de progressão do desenvolvimento dos sintomas durante esse ano. O que gostaríamos de fazer, tanto neste caso como no anterior, seria ampliar a entrevista psiquiátrica com outras perguntas relevantes, avaliação do risco, e assim por diante. A avaliação do abuso de álcool precisa ser ampliada neste paciente, de modo a incluir problemas anteriores com álcool, bem como questões relacionadas à resolução do estresse no passado. Quando ele tinha problemas no trabalho, de que maneira ele lidava com isso no passado? Foi um padrão similar ou diferente? Também acredito que este paciente se beneficiaria de alguns instrumentos de avaliação ou perguntas sobre desempenho cognitivo, em particular a função executiva, porque ele cometeu erros ao fazer a previsão das vendas para seu setor. Pode ser que alguns problemas de cálculo estavam envolvidos. A memória operacional também era um problema; assim, ele poderia fazer uma prova como a DSST, que é uma prova de curta duração que pode ser feita em 90 ou 120 segundos. Provas de memória de curto prazo como, por exemplo, a prova N-back, podem ser realizadas muito facilmente. Atualmente, temos o desenvolvimento de provas de avaliação de curta duração que duram aproximadamente 10 ou 15 minutos no total e combinam medidas objetivas e subjetivas da função cognitiva. A ferramenta Thinc está em vias de desenvolvimento e provavelmente estará disponível no ano que vem. O objetivo é contar com algo de curta duração, fácil e confiável para ser usado na prática clínica. Os próprios psiquiatras devem poder administrá-las em vez de precisarem enviar alguém para fazer uma avaliação cognitiva de grande porte.

O questionário autorrelatado pode ser usado para medir a função. Nesse caso, o problema com o desempenho no local de trabalho ficou bastante claro. Ele poderia ser avaliado, bem como a função social. A função nos relacionamentos também pode ser avaliada. De acordo com o que foi dito pelo psiquiatra, os exames de sangue foram negativos; assim, não havia problemas físicos. Uma TC ou RM neste senhor faria sentido em relação ao abuso de álcool, dependendo da duração do problema com álcool, para avaliar a presença de atrofia ou alterações cerebrais.

Diagnóstico diferencial

- Episódio depressivo maior
- Abuso/dependência de álcool
- Transtorno neurológico/encefalite?

Medscape
EDUCATION

Para obtermos um diagnóstico diferencial, em termos de hierarquia e prioridade, eu diria que este foi um episódio depressivo maior. Em segundo lugar, ele tem abuso e dependência de álcool. Algo também que pode ser considerado tão importante quanto, mas provavelmente não é o caso, é um transtorno neurológico como a encefalite, que pode ocorrer. Precisamos ter isso em mente. O exame de sangue teria mostrado um resultado negativo para os marcadores de inflamação, embora também existam tipos não inflamatórios de encefalite. Não é uma garantia, e provavelmente não é o caso, mas é algo a ser considerado.

Resposta da plateia à pergunta N.º 04

Presumindo um diagnóstico de episódio depressivo maior, qual abordagem de tratamento você escolheria?

1. Trataria primeiro a dependência ao álcool
2. Trataria primeiro a depressão
3. Trataria a depressão e a dependência ao álcool concomitantemente
4. Trataria os sintomas cognitivos
5. Trataria todos os sintomas ao mesmo tempo

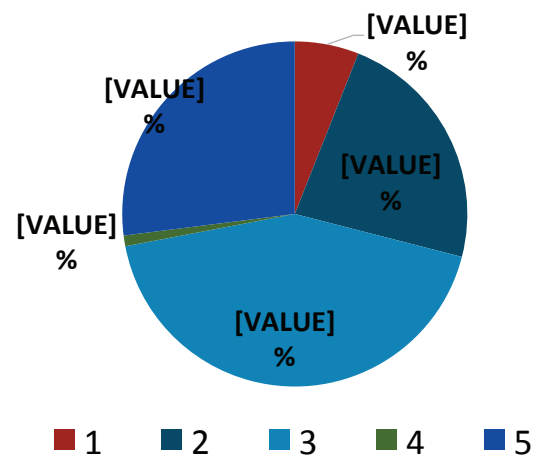
Medscape
EDUCATION

Gostaria de fazer uma pergunta aqui. Presumindo um diagnóstico de episódio depressivo maior, qual a abordagem de tratamento que você escolheria? 1) Trataria primeiro a dependência ao álcool 2) Trataria primeiro a depressão; 3) Trataria as duas concomitantemente; 4) Trataria os sintomas cognitivos; 5) Trataria todos os sintomas ao mesmo tempo.

Pergunta N.º 04: resultados do simpósio ao vivo

Presumindo um diagnóstico de episódio depressivo maior, qual abordagem de tratamento você escolheria?

1. Trataria primeiro a dependência ao álcool
2. Trataria primeiro a depressão
3. Trataria a depressão e a dependência ao álcool concomitantemente
4. Trataria os sintomas cognitivos
5. Trataria todos os sintomas ao mesmo tempo



Medscape
EDUCATION

Dr. Baune: Na plateia ao vivo, 43% das pessoas responderam que gostariam de tratar a depressão e a dependência ao álcool concomitantemente. Isso vai um pouco contra alguns dos sistemas em que estamos trabalhando como, por exemplo, o Reino Unido. Outros sistemas de saúde europeus ou ao redor do mundo não nos permitiriam fazer isso ou, se permitissem, isso ocorreria com certas dificuldades entre as disciplinas. Eu concordo que essa seria a abordagem mais plausível.

Por outro lado, alguns dos participantes tratariam a dependência ao álcool primeiro. Existe um argumento, que pode ser um pouco parte da velha guarda. Se tratar primeiramente a dependência ao álcool e sobrar a depressão depois disso, então você terá depressão verdadeira. É como se fosse um ensaio terapêutico. Há um pouco de verdade ao redor disso, por isso simpatizo um pouco aqui. Entre vocês, 23% queriam tratar primeiro a depressão e 27% estavam a favor de tratar todos os sintomas ao mesmo tempo. Tratar apenas os sintomas cognitivos parece ser uma minoria, o que faz sentido se eles forem encarados como uma consequência em vez de uma causa do episódio depressivo do paciente. Contudo, você poderia argumentar que se quisesse tratar todos os sintomas ao mesmo tempo, isso incluiria os sintomas cognitivos.

Tratamento

- **Princípios**
 - Tratar a depressão de maneira eficaz
 - Tratar os sintomas de abstinência de álcool e abuso de álcool de maneira ampla
 - Usar medicamentos e intervenções psicológicas
- Considerar antidepressivos com eficácia tanto para humor, função cognitiva e função geral
- Considerar uma classe de antidepressivos que é bem tolerada e considerar quaisquer possíveis eventos adversos relacionados com o fígado
- Discutir opções farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento dos sintomas cognitivos e funcionais
- Considerar encaminhamento para um programa de remediação cognitiva
- Incluir em um programa de tratamento de álcool mais prolongado, que vai além do tratamento por abstinência médica

Medscape
EDUCATION

Isto claramente ilustra que precisamos tratar a depressão eficazmente. Precisamos tratar a abstinência ao álcool e o abuso de álcool concomitantemente. O que também devemos considerar, além das medicações ou antidepressivos, é combiná-los com intervenções psicológicas como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de remediação cognitiva ou terapia de treinamento cognitivo. Em relação à combinação de medicação mais TCC ou terapia de remediação cognitiva, as mais eficazes parecem ser aquelas em que há alguma melhora através do tratamento inicial com medicação e, depois que alguma melhora clínica foi observada, a TCC ou a terapia de remediação cognitiva é iniciada.^[7] A combinação parece ser a chave aqui.

Provavelmente precisamos levar em consideração um antidepressivo que tenha demonstrado eficácia tanto no tratamento da depressão como dos sintomas cognitivos. De meu ponto de vista clínico, eu veria que este paciente havia iniciado uma deterioração cognitiva ou uma deterioração funcional no trabalho, que deu origem à depressão e à espiral descendente em direção ao estresse e à incapacidade de lidar com exigências cada vez maiores no trabalho. Eu o colocaria em um medicamento que de fato melhora a função cognitiva nas avaliações, e também consideraria trocá-lo com o passar do tempo, depois do início do tratamento.

Como mencionei, conferir essa capacidade de melhorar a função cognitiva por meio de programas de remediação cognitiva é muito importante, embora possa não ser muito fácil de ser alcançado.

Considerações gerais para fins de discussão

- O papel desempenhado pelos sintomas cognitivos e a perda funcional no início e evolução da depressão
- O papel desempenhado pelo álcool nos sintomas de depressão e contribuinte para os sintomas cognitivos na depressão
- A avaliação da função cognitiva e geral no consultório do psiquiatra
- O tratamento de abuso de álcool é essencial à melhora da depressão e dos sintomas cognitivos
- Considerar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para a depressão, abuso de álcool, sintomas cognitivos e perda funcional

Medscape
EDUCATION

Temos agora alguns pontos para discussão geral pelo painel e para os seus cartões de perguntas. Qual o papel desempenhado pelos sintomas cognitivos e a perda funcional no início e causa da depressão? Acredito que tivemos algum estímulo aqui com as vinhetas de caso, mas acredito que há mais coisas que precisam ser discutidas. Levando em conta o papel desempenhado pelo álcool e a depressão nos sintomas, o álcool diminui a capacidade geral de sentir, de pensar? Ele pode ter um impacto negativo na função cognitiva e, portanto, contribui diretamente para o aumento dos sintomas da depressão. De que maneira podemos avaliar alguns aspectos da cognição e do funcionamento geral é algo que precisamos discutir um pouco mais a fundo.

Discussão pelo painel

Dr. Demyttenaere: Obrigado, Bernhard. Teremos agora uma ou duas perguntas do painel e depois passaremos para a apresentação da Sarah sobre a perspectiva do CG.

Dr. Vieta: Gostaria de fazer um comentário. Como mencionado pela Sarah anteriormente, em muitos países temos essas duas maneiras de acessarmos o sistema. Uma é para toxicomania e outra é para depressão. Em minha opinião sobre este caso, a depressão parece ser a questão primária. Assim, embora minha resposta à sua pergunta tenha sido que eu lidaria com tudo, honestamente, eu aproveitaria para tratar a depressão. Eu não dispensaria os problemas cognitivos porque, caso contrário, poderíamos ter a mesma coisa que ocorreu com a Stella, em que melhoramos a depressão mas não a cognição. Depois, eu daria uma chance à terapia de aconselhamento alcoólico para ver se o paciente pararia de beber. Eu não procuraria necessariamente um especialista em toxicomania e sim terapia de aconselhamento como, por exemplo, psicoterapia, dando enfoque a melhorar a depressão enquanto tenta convencer o paciente a parar de beber. Acredito que isto geralmente funciona em casos como estes, em que o paciente não é um alcoólatra vitalício.

Dr. Baune: Concorde. Tem razão.

Dr. Bromley: Eu queria dizer é que no momento, não sabemos se ele tem qualquer tipo de dependência. Apenas sabemos que ele está bebendo álcool e está bebendo mais do que o recomendável. Assim, presumir que ele tem dependência ao álcool e ir primeiro por esse caminho pode não ser do melhor interesse do paciente.

Dr. Demyttenaere: Obrigado. É com satisfação que convido a Sarah para nos oferecer os seus comentários sobre a perspectiva do CG.

Uma perspectiva de assistência básica no manejo de casos de pacientes com TDM e disfunção cognitiva

Sarah Bromley, MBChB

Clínico Geral

Diretora Médica Nacional da
Saúde de Presidiários da
Care UK
Reino Unido



Medscape
EDUCATION

Dr. Bromley: Obrigada. Vou conversar um pouco a respeito da assistência de saúde básica e como podemos abordar a depressão.

Declarações

- **Consulte o link de Corpo docente e declarações na página inicial do programa para ver as declarações na íntegra.**

O papel desempenhado pelo CG no Reino Unido

- A avaliação inicial do paciente envolveria uma consulta de dez minutos
- Ao avaliar a depressão com um componente cognitivo, procuramos:
 - as descrições dos pacientes do efeito sobre a função cotidiana, particularmente no trabalho (frequentemente, os pacientes não se queixam diretamente de problemas cognitivos)
- Realizamos um exame físico basal
- Frequentemente tratamos casos evidentes de depressão sem encaminhá-los a um psiquiatra
- Também acompanhamos os pacientes depois do tratamento psiquiátrico e acompanhamos a saúde física e eventuais efeitos colaterais
- Nosso objetivo é oferecer uma abordagem partilhada ao tratamento com participação de todos os profissionais envolvidos na assistência do paciente

Medscape
EDUCATION

O que fazemos no Reino Unido com os pacientes que estão deprimidos? A avaliação inicial do paciente geralmente leva 10 minutos, embora, pessoalmente, eu geralmente levo um pouco mais de tempo e me atraso. É provável que a maioria dos meus colegas também faça isso, porque estes pacientes podem ser muito complexos e apresentar muitos sintomas e necessidades complexos. Em minha experiência, eles não chegam lá e dizem: “Eu tenho este sintoma assim e assado de depressão”. Eles chegam dizendo que a vida deles está desmoronando e que as coisas estão indo pessimamente. Tentar desembaraçar isso pode ser complicado.

As pessoas mencionaram anteriormente questões sobre TDAH e lesão cerebral como possíveis fatores nisto. Como CGs, frequentemente nos encontramos em uma posição diferenciada para sabermos sobre essa história, e ter um pouco de entendimento. Podemos abreviar algumas dessas discussões quando conhecemos o histórico familiar, ao sabermos o histórico do próprio paciente.

No âmbito da depressão, acredito que muitos sistemas estão usando escalas de classificação para a depressão neste momento. No Reino Unido, a escala mais frequentemente usada é o questionário de saúde do paciente de 9 itens (9-item Patient Health Questionnaire, PHQ-9). Ele inclui uma pergunta sobre a concentração e a capacidade de pensar e seguir em frente, e assim por diante. Frequentemente, as pessoas não se queixam diretamente destas coisas. Suspeito que muitos dos meus colegas CGs estão fazendo esta avaliação sem realmente pensar a respeito de todas as implicações. Isso é algo com que provavelmente precisamos lidar com mais frequência, embora o funcionamento, creio eu, é algo que a assistência básica à saúde de fato examina muito bem. Entendemos as vidas de nossos pacientes e trabalhamos junto com eles quando elas se tornam complicadas.

Uma avaliação física basal pode ser muito importante, particularmente para detectar comorbidades. Até agora, falamos sobre comorbidades psiquiátricas mas, evidentemente, conforme as pessoas envelhecem elas podem apresentar muitas outras comorbidades. Temos uma tendência de receitar muitos medicamentos que podem afetar o funcionamento das pessoas, particularmente o seu funcionamento cognitivo. É muito importante fazer uma avaliação metódica da lista completa dos medicamentos que lhe foram receitados. Quando tem alguém que toma dez ou quinze medicamentos, isso pode ser realmente

difícil de ser feito. Isso acontece com uma frequência cada vez maior para pessoas com doença cardíaca e assim por diante, que está se tornando uma situação comum. É realmente importante que a avaliação física vá além de simplesmente exames de sangue e examine o panorama completo daquele paciente individual.

Como mencionei anteriormente, no Reino Unido muitos de nós tratamos a depressão sem encaminhar o paciente a um psiquiatra. Isso depende bastante do CG e todo o psiquiatra com que trabalhei poderia me dar uma lista dos CGs que estão interessados em saúde mental e os que não estão. Tenho certeza de que essa é a experiência que muitos de vocês tiveram ao trabalharem com seu sistema local de assistência básica à saúde, mas muitos de nós faríamos o tratamento. A ideia de colaboração entre a assistência básica à saúde e o psiquiatra e os serviços de saúde mental é muito importante. Os CGs desempenham um papel importante ao continuarem a trabalhar com os pacientes conforme eles passam pelo tratamento, em parceria com os psiquiatras. Acredito que juntos podemos prestar melhores serviços.

Encaminhamento para avaliação por um especialista

- Encaminhamento a uma unidade local especializada caso:
 - persistam os sintomas de depressão;
 - resultem em comprometimento psicológico/social/educacional/ocupacional moderado/grave;
 - exista suspeita de comorbidade psiquiátrica;
 - surjam quaisquer preocupações sobre o diagnóstico ou resposta ao tratamento.

Medscape
EDUCATION

Falamos um pouco sobre o encaminhamento. Falamos um pouco sobre o risco de suicídio e o fato de ele ser um fator importante na decisão de encaminhar. Os CGs têm um grau diferente de tolerância ao risco e um nível de confiança diferente. Para mim, depois de ter trabalhado nas penitenciárias por tanto tempo, minha tolerância é provavelmente muito alta, talvez até demais. Preciso ter certeza de que não estou me tornando muito complacente, uma vez que a automutilação é um problema tão comum dentro de uma população penitenciária. Contudo, alguns CGs têm um limiar muito baixo e, no primeiro sinal de pensamentos suicidas, eles estão enviando o paciente para o psiquiatra. Isso varia. Acredito que a maioria dos CGs faria o encaminhamento se houvesse persistência dos sintomas. Se houver um comprometimento significativo e as pessoas não estão funcionando nem melhorando, então pensaríamos em encaminhá-las. As comorbidades psiquiátricas frequentemente resultam em um encaminhamento. Algo que me veio à mente enquanto estávamos conversando antes é que na verdade, quando as pessoas melhoram um pouco mais ainda vêm nos ver e nos dizem “A vida é um lixo”, podemos ficar bem cansados com isso. Podemos começar a nos sentir irritados com pacientes que não estão melhorando quando esperamos que eles melhorem. Acredito que, algumas vezes, compartilhar isso é benéfico para o paciente e, algumas vezes, é benéfico para nós também, porque compartilhamos um pouco a carga.

Tópicos para serem discutidos com os pacientes

- Abordagem centrada no indivíduo
 - O que o Martin e a Stella desejam?
 - Quais são seus objetivos?
 - O que eles desejam/esperam do tratamento?
- Opções de tratamento
 - Antidepressivos
 - Terapia comportamental cognitiva, terapia ocupacional
- Quais as outras necessidades dos pacientes?
 - Lidar com o abuso de álcool, fatores de estilo de vida como, por exemplo, nutrição e atividade física
 - O paciente apresenta alguma comorbidade que exige avaliação/tratamento adicionais?
 - Cuidados preventivos
- É necessário apoio psicossocial?

Medscape
EDUCATION

Acredito que é cada vez mais importante -- através da totalidade de nossos sistemas de cuidados de saúde -- tentarmos realizar abordagens mais centralizadas nos pacientes. Conversamos sobre o que devemos fazer no papel de clínicos. Mas o que o Martin e a Stella de fato desejam? Quais são as prioridades essenciais de nossos pacientes quando eles vêm nos ver? Algumas vezes, as prioridades essenciais dos pacientes não são em absoluto as nossas prioridades essenciais, e explorar isso pode ajudar-nos a entender um pouco mais sobre por que eles podem não se envolver e por que eles não fazem os tratamentos que estamos lhes oferecendo. Talvez não tenhamos compreendido as suas necessidades.

O comprometimento cognitivo pode afetar a capacidade das pessoas tomarem comprimidos no horário em que devem tomá-los, vir para consultas médicas quando devem fazê-lo e de realizar terapias complexas. Temos expectativas elevadas e algumas vezes ficamos um pouco bravos quando as pessoas não fazem o que lhes pedimos para fazer. Se o TDM pode afetar o funcionamento cognitivo das pessoas, então devemos esperar algumas dessas coisas e fazer ajustes de acordo com elas. As informações por escrito podem ser importantes, para que as pessoas consigam se lembrar do que foi dito. Há também outras técnicas que podemos usar.

Em relação às opções de tratamento, elas são obviamente variadas e também dependerão do que está disponível localmente. Um programa de terapias psicológicas (Psychological Therapies Program) existe no Reino Unido há aproximadamente dez anos, que ampliou drasticamente o acesso à psicologia e ao TCC, em particular, uma vez que essa é a escolha de tratamento do governo para muitas condições. Isso tem sido muito benéfico porque agora há muitas outras opções para as quais podemos encaminhar nossos pacientes. Mas existem também outras necessidades. Discutimos o abuso de álcool, mas pode haver outros fatores de estilo de vida que precisamos trazer à tona e discutir. A nutrição pode ser muito importante. Se as pessoas não estão comendo bem, elas vão se sentir péssimas. Examinar opções saudáveis de dieta pode ser importante. A atividade física também é importante e explorar quais as opções e disponibilidade que existem localmente para que as pessoas se envolvam com isso.

Conversamos sobre as comorbidades e o apoio psicossocial. Mencionamos a terapia de aconselhamento anteriormente e, dar apoio a essas pessoas, especificamente na vigência de toxicomania, pode ser muito importante.

Abordagem holística

- Oferecer informações sobre serviços locais:
 - Grupos voluntários/grupos de apoio locais
- Páginas na internet e aplicativos
- Informações escritas sobre a depressão
 - Diagnóstico, tratamento e como viver com a depressão
- Dieta e exercício
 - Nutrição saudável, dieta equilibrada
- Relacionamentos e mecanismos de apoio

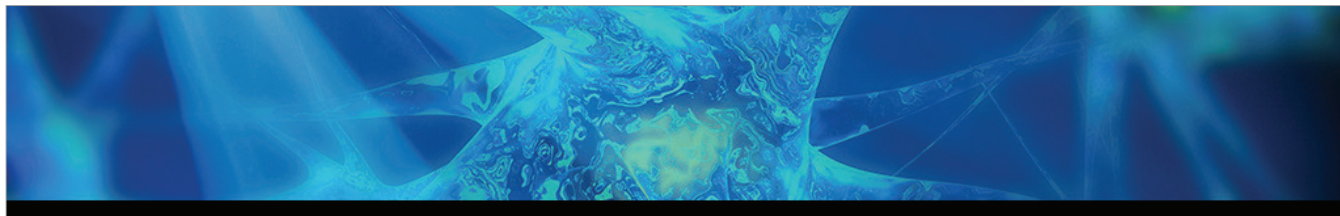
Medscape
EDUCATION

Trata-se de uma abordagem holística. Não se trata apenas daquele modelo médico onde “Nós fazemos isto para que você possa melhorar”. Existem diversas atividades de apoio nas comunidades locais. Isso varia por região, mas grupos de voluntários podem desempenhar um papel importante em dar apoio às pessoas para se recuperarem da depressão. Há também diversas páginas na internet e aplicativos que as pessoas podem usar. Vale a pena se familiarizar com eles para podermos aconselhar nossos pacientes sobre como usá-los.

Também mencionei informações por escrito e no contexto do funcionamento cognitivo é importante que as informações que prestamos aos pacientes sejam muito bem equilibradas, porque as pessoas têm percepções negativas sobre o que elas estão passando. Qualquer coisa negativa que lhes dissermos pode ser levada muito a sério e se tornar um pensamento ruminante; por isso, precisamos ter muito cuidado em oferecer opiniões equilibradas nas informações que prestamos aos nossos pacientes.

Algo que acho que também estamos sempre esquecendo é pensar sobre os relacionamentos das outras pessoas, porque ninguém tem uma existência isolada. Todos temos relacionamentos e, mesmo em nossas penitenciárias, os presidiários têm relacionamentos uns com os outros e com os guardas penitenciários, mesmo quando eles não possam manter relacionamentos com as suas próprias famílias. Prestar um pouco de atenção a isso e como isso afeta seus sintomas depressivos e seu funcionamento é muito importante.

Passarei agora para a discussão pelo painel. Obrigada.



Discussão pelo painel

Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Obrigado, Sarah. Como CG, é mais fácil encaminhar um paciente a um psicólogo ou a um psiquiatra, ou não faz diferença?

Dr. Bromley: É bastante difícil encaminhar alguém a um psicólogo no Reino Unido. Algumas equipes são lideradas por psicólogos no programa de melhora do acesso a terapias psicológicas (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) do Sistema Nacional de Saúde, mas a maioria dos terapeutas que trabalha lá são terapeutas específicos de TCC. Suspeito que isto é algo único ao Reino Unido, onde os trabalhadores do IAPT são treinados para trabalhar com terapias específicas, mas talvez não naquela gama ampla de terapias psicológicas como seria um psicólogo. Agora é fácil encaminhar um paciente para terapia psicológica, mas não para um psicólogo. Também não é fácil encaminhar um paciente a um psiquiatra no Reino Unido, porque você precisa encaminhá-lo a uma equipe de saúde mental. O paciente é avaliado por um enfermeiro de saúde mental e o encaminhamento a um psiquiatra depende da adequação conforme determinado naquela avaliação.

Dr. Demyttenaere: Gostaria de lembrá-los de que vem ocorrendo um debate no Reino Unido sobre a escolha de usar apenas TCC. Se perguntarmos a um estudante de medicina qual é a forma mais adequada de psicoterapia para depressão, ele vai responder TCC ou psicoterapia interpessoal (PTI). Se examinarmos as meta-análises que foram publicadas na Holanda por Cuijpers, um psicólogo holandês, não existe quase nenhuma diferença entre as diferentes formas de psicoterapia.^[6,8] É bom nos lembrarmos disso.

Dr. Vieta: As diferenças entre os países são muito interessantes. O Reino Unido é um caso muito específico. Na Espanha, e particularmente na minha região da Catalunha, temos um sistema de que gosto bastante, no qual enviamos especialistas ao âmbito dos cuidados básicos de saúde para ajudar os CGs a fazerem uma escolha mais adequada de quem deve ser enviado para a psiquiatria ou quem deve consultar um especialista. A Dra. Cervero, que está aqui na frente da plateia, é a nossa especialista em Barcelona e ela desempenha esse papel no meu hospital. Todos os dias ela vai para um local diferente para ajudar os CGs a

escolherem os pacientes adequados, caso contrário, a seleção não seria feita necessariamente com base no que poderia ser mais útil. Ela se baseia no que o CG pensa, o que não é necessariamente o mesmo.

Dr. Bromley: Concordo. Gostaria muito de ver esse modelo usado mais frequentemente no Reino Unido. Usamos esse modelo mais nas penitenciárias, provavelmente devido à natureza do trabalho lá, mas não vemos isso muito nos cuidados de saúde básicos. Acredito ser um ótimo modelo, porque ele educa. Eu estarei me aperfeiçoando se estiver conversando com um especialista. Além disso, algumas vezes o paciente não precisa de um encaminhamento, mas apenas preciso de aconselhamento e pergunto ao especialista. É um ótimo modelo.

Dr. Demyttenaere: Tenho uma pergunta para o Eduard e o Bernhard. Acredito existir uma tendência mundial de termos uma interação mais próxima entre os psicólogos, CGs e psiquiatras. Isso implicaria o fim da psicoterapia como parte do trabalho de um psiquiatra?

Dr. Baune: Não acho que esse seja o caso. Na Alemanha, onde me formei, você se torna um psiquiatra e um psicoterapeuta ao mesmo tempo. Portanto, ambos desempenham um papel essencial na educação e na prática clínica, quer no hospital universitário ou nos consultórios particulares. A situação da psicoterapia nos consultórios particulares na Alemanha pode ser um pouco diferente, devido ao baixo valor pago aos psiquiatras particulares na Alemanha. Eles possivelmente não beneficiam financeiramente tanto de uma psicoterapia demorada quanto de um tratamento de curto prazo de um número maior de pacientes. Contudo, na Austrália, existe uma demarcação clara entre a psiquiatria e a psicologia; um psiquiatra não deve realizar psicoterapia. O sistema na Austrália funciona muito bem, porque todo o consultório de CG tem um psicólogo trabalhando com eles. Se um CG fizer um encaminhamento à psiquiatria e você, como psiquiatra, decidir que o paciente precisa de psicoterapia mas não você quer fazê-lo (ou acredita que não deve fazê-lo por motivos legais), então você pode facilmente reencaminhar o paciente e ele provavelmente estará iniciando a psicoterapia dentro de quatro a seis semanas.

Dr. Vieta: Isso depende da definição de psicoterapia. Acredito que todos nós praticamos um pouco de psicoterapia, mesmo os CGs, e isso é muito útil. Este relacionamento que você determina com o paciente, ele envolve uma forma de psicoterapia. Contudo, há formas muito específicas de psicoterapia que precisam ser realizadas por psicólogos, pelo menos no setor público. Por exemplo, temos a remediação cognitiva, que é uma intervenção muito especializada. Um psiquiatra ou enfermeiro pode receber treinamento para fazê-lo, mas estes tipos de variedades muito específicas da psicoterapia são mais parte do domínio dos psicólogos. Caso contrário, também fazemos e deveríamos fazer a psicoterapia.

Dr. Demyttenaere: Temos uma pergunta da plateia sobre o lugar das provas neurocognitivas. Acredito que isto já foi parcialmente respondido. Onde deveriam se situar as provas neurocognitivas para nossos pacientes? A pessoa está indicando que muitas provas já são feitas com o TDAH. Apenas um lembrete de minha apresentação, aproximadamente 40% dos pacientes com TDM apresenta sintomas cognitivos clinicamente significativos e apenas metade dentre esses os relata subjetivamente.^[9] Isso significa que, de modo geral, aproximadamente trinta por cento tem queixas subjetivas, trinta por cento tem apenas queixas objetivas e aproximadamente trinta por cento tem tanto queixas subjetivas como objetivas. Qual seria o papel desempenhado pelas provas neurocognitivas na prática diária?

Dr. Vieta: Acredito que existem três coisas que foram negligenciadas na depressão. Uma delas são os efeitos colaterais sexuais; não perguntamos sobre eles. Outra é o suicídio, algo sobre o que devemos perguntar e, se deixarmos de fazê-lo, estamos cometendo um erro muito grande. Sempre devemos perguntar sobre essas coisas. A outra coisa é a cognição e, devido ao fato de que esta é uma área negligenciada, acredito que devemos caminhar na direção de avaliar a cognição. É essa minha opinião. Entendo que existem muitas nuances práticas, mas sou favorável à realização de provas de cognição.

Dr. Baune: Concordo totalmente com você. Eu até iria um pouco mais adiante e diria que precisamos avaliar a função em nossos pacientes com mais objetividade do que apenas perguntar a eles como eles estão passando, se sentindo, e essas perguntas gerais. Acredito que precisamos das avaliações funcionais e diria que a cognição faz parte dessa avaliação funcional, e ao mesmo tempo ela se aplica a outras áreas.

Dr. Demyttenaere: Se me permite, gostaria de voltar ao que o Eduard disse e o que o Bernhard já sugeriu durante a sua apresentação, uma vez que também é uma pergunta da plateia: De que maneira você avaliaria com mais profundidade o risco de suicídio no segundo caso?

Dr. Baune: O risco de suicídio no segundo caso foi trazido à tona muito brevemente, apenas na forma de um encaminhamento do CG para o psiquiatra. No caso do psiquiatra, precisamos explorar se existe uma atividade aguda como, por exemplo, o planejamento de tentativas de suicídio. Acredito ser importante diferenciar entre estar cansado da vida de um risco mais elevado.

É importante lidar com isso porque, quando iniciamos o tratamento e os pacientes melhoram, quer por meio da medicação ou por meio das circunstâncias, isso pode de fato vir a aumentar o risco de suicídio. Precisamos ter uma discussão honesta com o paciente sobre isto.

Dr. Demyttenaere: Concordo totalmente. O paciente disse que ele estava pensando na corda que ele viu. Por um lado, ele diz que ficou amedrontado por ter pensado nisso, o que é um ponto negativo. O ponto positivo foi que ele imediata e espontaneamente disse que nunca faria “nenhuma loucura”. Ambos esses pontos devem ser explorados mais a fundo.

Dr. Vieta: Preparamos este caso para as vinhetas, mas de fato existem duas coisas incomuns. O paciente relatou espontaneamente que está bebendo em demasia e relatou espontaneamente que ele está pensando em suicídio. Muitos pacientes não fazem isso, e nosso papel é descobrir se esse é ou não o caso.

Dr. Demyttenaere: Vamos passar agora para os problemas de desempenho no trabalho. Falamos brevemente sobre isso e eu gostaria de ouvir as suas opiniões, uma vez que também temos uma pergunta da plateia. De que maneira você lidaria com a questão de colocar ou não o paciente de licença por motivos de saúde? Sarah, se você tem um paciente com depressão, especialmente com sintomas cognitivos de depressão, o que faria com que você optasse por uma licença para um paciente em particular?

Dr. Bromley: Acredito que essa é uma decisão muito difícil de ser feita. Em minha própria prática, em última instância, eu terei uma discussão com o paciente sobre o que será melhor para ele. Frequentemente, é isso que me guia. Para algumas pessoas, a pressão do trabalho é tão intensa e tão prejudicial para elas que de fato parar de trabalhar por um período de tempo é a opção correta, porque elas precisam se afastar. Mesmo assim, cada vez mais reconhecemos que o trabalho é bom para a saúde. No geral, ele nos oferece uma sensação de termos um propósito e de sair e fazer ou conquistar algo. Acredito que nossa reação de escrever atestados médicos para pessoas com depressão é demasiadamente rápida e precisamos de fato ser mais cuidadosos. Eu fiquei sabendo de pacientes que pararam de ir ao CG porque estão com medo de serem afastados do trabalho. Há também o problema do estigma. Ainda existem muitas pessoas que acham que se elas tiverem um diagnóstico de depressão em seus registros, se elas foram afastadas do trabalho por motivos de saúde, elas não serão promovidas. Elas não vão avançar. Se elas perderem o emprego, elas não encontrarão outro emprego. Eu acredito que todas essas coisas merecem ser exploradas e compreendidas antes de tomar a decisão de escrever um atestado médico.

Dr. Baune: Acredito que precisamos criar uma cultura que apoia a conversa entre os médicos e os empregadores para de fato permitir um retorno gradativo ao trabalho ou trabalhar em meio período por certo tempo. Precisamos discutir que existe uma doença com a qual precisamos lidar. Isso é bom para o paciente porque eles não perdem a produtividade e é bom para o empregador porque eles não têm alguém de baixa. É uma situação em que todos são vencedores e acredito ser algo que precisamos discutir e desenvolver muito mais em termos de cultura.

Dr. Demyttenaere: Mais uma vez, temos diferenças entre os países. Para todos aqueles interessados nesse assunto, existe um artigo clínico interessante por Bilsker e colegas que oferece orientações sobre como colocar alguém de licença por motivos de saúde.^[10] Eu o recomendo veementemente.

Agora, voltando ao caso do álcool e cognição. Bernhard, você poderia fazer um breve comentário sobre o efeito do álcool na cognição?

Dr. Baune: Todos nós, quando tomamos bebidas alcoólicas, apresentamos um declínio de 0,5 nos desvios padrão devido aos efeitos agudos do álcool em nossa cognição. Esse é um efeito. Se houver um consumo de álcool mais crônico, como presumimos ocorrer neste caso em particular, isto é tóxico para o cérebro, uma vez que o álcool tem efeitos prejudiciais sobre a substância branca, particularmente sobre os astrócitos, oligodendrócitos.^[11] Ocorre uma alteração estrutural e uma alteração celular depois do abuso de álcool crônico. Portanto, acredito que explorar o álcool como um possível efeito contribuinte à disfunção cognitiva no curto prazo e no longo prazo é muito importante. Também se torna bastante importante fazer um acompanhamento diagnóstico com RM, TC e outras investigações.

Dr. Demyttenaere: Temos outra pergunta da plateia sobre o tratamento. Nas opções de tratamento no primeiro caso, houve uma troca do escitalopram para a venlafaxina. Alguém está perguntando se é possível usar vortioxetina. Você trocaria ou até mesmo a usaria como medicação de ampliação para melhorar os sintomas cognitivos em pacientes usando ISRSs ou ISRSs com apenas remissão parcial ou com sintomas cognitivos residuais?

Dr. Vieta: Até o momento, a vortioxetina tem dois estudos clínicos principais além de um estudo em idosos, mostrando os efeitos positivos na cognição adicionados aos efeitos antidepressivos.^[3,12,13] Temos agora estudos em andamento para avaliar se trocar para a vortioxetina, em um caso como o da Stella, seria uma opção melhor. Existe também um estudo de vortioxetina adjuvante adicionada a um antidepressivo. Vamos esperar pelos resultados desses estudos em andamento.

Dr. Baune: Há outro estudo de interesse que é relevante para o caso da Stella que está sendo realizado com pacientes que estão no que chamamos de remissão, cuja depressão melhorou mas eles ainda apresentam alguns problemas cognitivos, para saber se a vortioxetina aliviaria algum desses sintomas. Acredito que essa é uma pergunta muito importante.

Dr. Demyttenaere: Eduard, você poderia fazer um breve comentário sobre os sintomas cognitivos e se eles ajudam a diferenciar entre a depressão unipolar e a bipolar?

Dr. Vieta: O perfil de comprometimento cognitivo dos pacientes com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão é similar; ele é quantitativamente diferente, mas qualitativamente ele não é diferente. A cognição é uma dimensão separada; assim, não podemos usar a cognição para basear esses diagnósticos diferenciais, embora a cognição seja um problema verdadeiro, não apenas na esquizofrenia, algo que é amplamente presumido, mas também no transtorno bipolar e na depressão. Temos um programa de remediação funcional no transtorno bipolar e acredito que estamos testando esse programa agora na depressão unipolar. Acredito que a remediação funcional e a remediação cognitiva podem ser úteis nesse respeito.

Expectador: Depois de iniciar o tratamento antidepressivo, quando você reavaliaria o paciente e pediria para ele voltar para uma consulta de acompanhamento? Estou curioso em saber se há uma diferença na assistência básica à saúde e na psiquiatria porque existem questões relacionadas à possibilidade de suicídio, etc.?

Dr. Bromley: Temos as diretrizes do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Assistência (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) no Reino Unido, que precisamos seguir à risca. Elas nos dizem que precisamos reavaliar as pessoas depois de duas semanas.^[14] A maioria dos CGs provavelmente assumiram essa prática. Uma pessoa pode ser avaliada com mais frequência se você estiver realmente preocupado com o risco de suicídio. Eu voltaria a ver a pessoa em duas semanas só para ter certeza de que ela ainda está tomando os comprimidos e não parou devido aos efeitos colaterais. Então, eu voltaria a vê-la depois de quatro semanas para ver o efeito do tratamento, e então oito semanas depois disso. Essa seria a minha prática rotineira.

Dr. Baune: Na prática clínica na psiquiatria, eu diria reavaliar entre uma a duas semanas depois.

Dr. Vieta: Eu diria que é esse o caso.

Expectador: Acho que a Sarah acertou na mosca. Sei que essa é uma vinheta limitada, mas me parece que houve algum abuso de álcool aqui. Ao manejar este caso, eu levaria em consideração que o paciente estava se automedicando porque ele provavelmente estava usando álcool para tratar a sua insônia. Ele pode ter caído em um ciclo vicioso, assim, acredito que o manejo da insônia seria essencial.

Dr. Bromley: Existe o manejo da insônia bem como o manejo da dor, que pode ser um verdadeiro fator na vida das pessoas. Queria também acrescentar que as pessoas se automedicam com álcool e drogas ilícitas, mas estamos vendo cada vez mais um aumento nos problemas com abuso de medicação receitada. Esse é um problema cada vez mais grave pelo fato de que as pessoas as estão usando cada vez mais. Esse é um assunto completamente diferente, mas é algo que estamos vendo bastante.

Dr. Demyttenaere: Temos um comentário final de uma pessoa na plateia sobre individualizar o tratamento para cada paciente em particular e cada paciente terá um objetivo pessoal que deseja alcançar para o seu bem-estar. Esse é um bom resumo.

Dr. Vieta: Precisamos aprender e conhecer as diretrizes e então adaptá-las aos pacientes individualmente.

Observações de encerramento

Koen Demyttenaere, MD, PhD

Titular da disciplina

Centro Psiquiátrico Universitário;
Professor de Psiquiatria, Faculdade de
Medicina

Katholieke Universiteit Leuven
Leuven, Bélgica

Co-presidente do Fortune Fund
(Ga voor Geluk), Bélgica



Medscape
EDUCATION

Dr. Demyttenaere: Vou encerrar agora. Tivemos o simpósio todo com duas vinhetas de casos demonstrando os sintomas cognitivos. Podemos ver quão importantes eles são para os pacientes e o que está coberto pelos questionários que são exigidos pelos órgãos normativos.

As expectativas dos pacientes do tratamento com antidepressivos

Os dez itens que os pacientes consideram mais importantes na cura da depressão

1. Até que ponto a vida faz sentido?
2. Quanto você desfruta de sua vida?
3. Qual é seu nível de satisfação consigo?
- 4. Em que medida consegue se concentrar?**
5. Sentimentos negativos: humor para baixo, desespero, ansiedade
6. Sensação de cansaço ou pouca energia
7. Sensação de tristeza, depressão ou falta de esperança
8. Sentir-se forte
9. Qual é seu nível de satisfação com os seus relacionamentos pessoais?
10. Sentir-se ativo

Demyttenaere K, et al. *J Affect Disord.* 2015;174:390-396.

Medscape
EDUCATION

Este slide mostra o resultado de um de nossos estudos sobre as expectativas dos pacientes para o tratamento antidepressivo. Aqui vocês veem as dez expectativas principais para os pacientes. Posso garantir que se vocês fizessem a mesma pergunta aos médicos, vocês receberiam uma resposta completamente diferente. Isto é o que os pacientes esperam do tratamento da depressão. A primeira é: Até que ponto a vida faz sentido? Isso nunca está nos questionários, mas é algo muito importante para os pacientes. Eles acham que a vida deles faz sentido e que são úteis para outras pessoas, etc.? A segunda é: Quanto você desfruta de sua vida? A terceira: Qual é o seu nível de satisfação consigo mesmo? Quarta: Em que medida consegue se concentrar? Pode ser útil saber que as quatro primeiras colocações não se encontram em nossas escalas, mas elas são as mais importantes para nossos pacientes.

Comprometimento cognitivo no TDM

- O comprometimento cognitivo é uma componente da depressão
- Ele tem uma impacto abrangente, afetando muitos domínios da vida, desde relacionamentos sociais até o trabalho
- O comprometimento cognitivo pode ser difuso no TDM, o desempenho dos pacientes nas provas é heterogêneo e não há um padrão coerente de disfunção
- Outras comorbidades podem afetar a cognição e devem ser levadas em consideração no diagnóstico diferencial e avaliação

Medscape
EDUCATION

O que aprendemos hoje é que os sintomas cognitivos são um componente importante da depressão e são clinicamente significativos em aproximadamente 40% dos pacientes com TDM.^[9] Eles afetam amplamente muitos domínios da vida, desde os relacionamentos sociais, os relacionamentos mais íntimos, até o trabalho. O comprometimento cognitivo pode ser difuso nos pacientes com TDM e nem todos eles o relatarão. Alguns pacientes apresentam distúrbios objetivos e outros subjetivos e aproximadamente trinta por cento apresenta ambos. É também um ponto importante o fato de que os sintomas cognitivos podem ser devidos a outras causas como, por exemplo, idade, abuso de álcool, lesões cerebrais, etc. Assim, também precisamos pensar sobre as outras causas dos sintomas cognitivos nos pacientes com depressão. Eles não ocorrem sempre devido à depressão.

Comprometimento cognitivo no TDM (cont.)

- Há opções farmacológicas e não farmacológicas que lidam com o comprometimento cognitivo em pacientes com TDM
- Os clínicos precisam procurar e reconhecer o comprometimento cognitivo em seus pacientes



Medscape
EDUCATION

Há opções farmacológicas e não farmacológicas que lidam com o comprometimento cognitivo em pacientes com TDM. Os clínicos precisam procurar e reconhecer o comprometimento cognitivo nesses pacientes, como foi demonstrado nas duas vinhetas de casos que compartilhamos com vocês.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao painel os seus excelentes comentários sobre as vinhetas de casos e as suas ótimas respostas às perguntas. Obrigado por participar deste programa da Medscape Education.

Esta transcrição foi editada para fins de estilo e clareza.

Referências

1. Papakostas GI, Fava M. Pharmacotherapy for Depression and Treatment-resistant Depression. World Scientific Publishing Company, Singapore, 2010.
2. Schneider E, Linden M, Weigmann H, Wagner T, Quail D, Hundemer HP, Hegerl U. Early reduction in painful physical symptoms is associated with improvements in long-term depression outcomes in patients treated with duloxetine. *BMC Psychiatry*. 2011;11:150.
3. McIntyre RS, Lophaven S, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;17:1557-1567.
4. Stahl SM. Mood Disorders and Antidepressants: Stahl's Essential Psychopharmacology, 4th edition. Cambridge University Press, 2013.
5. Zhou X, Ravindran AV, Qin B et al. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of augmentation agents in treatment-resistant depression: systematic review and network meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(4):e487-498.
6. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:1-15.
7. Baune BT, Renger L. Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression—a systematic review. *Psychiatry Res*. 2014;219:25-50.
8. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2012;32:280-291.
9. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1122-1130.
10. Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M. Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Can J Psychiatry*. 2006;51:76-83.
11. de la Monte SM, Kril JJ. Human alcohol-related neuropathology. *Acta Neuropathol*. 2014;127(1):71-90.
12. Mahableshwarkar AR, Zajecka J, Jacobson W, Chen Y, Keefe RS. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacol*. 2015;40(8):2025-2037.
13. Katona C, Hansen T, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012;27(4):215-223.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. NICE guidelines [CG90]. October 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>, Accessed September 24, 2015.

Abreviaturas

ASRS = Adult ADHD Self-Report Scale (escala autorrelatada de TDAH para adultos) de 18 perguntas

CG = clínico geral

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais)

DSST = Digital Symbol Substitution Test (prova de substituição de dígitos por símbolos)

FAST = Functional Assessment Staging (estadiamento da avaliação funcional)

IAPT = Improving Access to Psychological Therapies (melhora do acesso a terapias psicológicas)

ISRS = inibidor seletivo da recaptação da serotonina

ISRSN = inibidor seletivo da recaptação da serotonina e noradrenalina

MMSE = Mini-Mental State Examination (mini-exame do estado mental)

MoCA = Montreal Cognitive Assessment (avaliação cognitiva de Montreal)

NICE = National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Assistência)

PHQ-9 = 9-item Patient Health Questionnaire (questionário da saúde do paciente de 9 itens)

PTI = psicoterapia interpessoal

RM = ressonância magnética

SCIP = Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (exame para detectar comprometimento cognitivo em psiquiatria)

SNC = sistema nervoso central

TC = tomografia computadorizada

TCC = terapia cognitivo-comportamental

TDAH = transtorno do déficit de atenção/hiperatividade

TDM = transtorno depressivo maior

TSH = thyroid stimulating hormone (hormônio tireoestimulante)

UPSA-B = Brief University of California, San Diego, Performance-Based Skills (exame breve das capacidades com base no desempenho da Universidade da Califórnia de San Diego)

Isenção de responsabilidade

Este documento tem apenas fins educativos. Nenhum crédito será concedido como formação médica contínua (Continuing Medical Educação, CME) apenas com a leitura do conteúdo deste documento. Para participar desta atividade, visite www.medscape.org/collection/mdd10

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 situações simuladas baseadas em casos. Os pacientes apresentados nestas situações 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. Estes materiais podem discutir produtos terapêuticos que não foram aprovados pela Agência Europeia de Medicamentos para utilização na Europa e utilizações fora das indicações terapêuticas 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