



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

Depressão e Multipatologia em Cuidados de Saúde Primários – Associação entre Depressão e Diabetes *Mellitus*

Carla Sofia Gonçalves Rocha

Orientado por:

Professora Doutora Cristina Ribeiro

MAIO'2021

Resumo

Introdução: A multimorbilidade constitui um problema cada vez mais frequente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), acarretando importantes implicações na prática clínica, na organização dos serviços de saúde e na gestão da saúde dos pacientes. A patologia mental, particularmente a Depressão, constitui uma importante causa de incapacidade e morbimortalidade na sociedade atual, encontrando-se frequentemente associada a multipatologia médica. A Diabetes é uma das patologias mais comumente estudadas neste contexto, verificando-se uma elevada coexistência destas duas patologias. Por conseguinte, considera-se importante explorar esta associação e compreender as dificuldades e necessidades existentes na gestão da multimorbilidade em contexto de CSP.

Objetivos: O objetivo é compreender a associação entre Depressão e Diabetes, avaliando a sua prevalência, etiopatogenia, impacto e implicações na prática clínica. Com isto, pretende-se realçar a importância da avaliação integrada da Saúde Mental em CSP e destacar o papel da Medicina Geral e Familiar (MGF) e da intervenção multidisciplinar na gestão da multimorbilidade.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da literatura recorrendo a artigos publicados na *PubMed* entre 2000-2019, redigidos nas línguas portuguesa e inglesa. Complementou-se com artigos da *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, livros de texto e *guidelines* internacionais.

Conclusão: A associação entre Depressão e Diabetes é prevalente em CSP, refletindo a multimorbilidade existente neste contexto. Trata-se de uma associação bidirecional, com impacto significativo a nível funcional e maiores taxas de complicações e mortalidade. Adicionalmente, constitui um desafio à prática clínica, exigindo uma abordagem individualizada, que beneficia de um modelo centrado no paciente. A abordagem integrada da patologia mental e médica deve ser uma prioridade nos CSP, sendo importante haver instrumentos de apoio à decisão adequados e um modelo

organizativo de cuidados que promova a intervenção multidisciplinar. Neste contexto, o Médico de Família desempenha um papel primordial na gestão da multimorbilidade, coordenando a prestação de cuidados e cooperando com outros profissionais sempre que necessário.

Palavras-Chave: *Multimorbilidade, Depressão, Diabetes Mellitus, Cuidados de Saúde Primários, Intervenção Multidisciplinar.*

Abstract

Introduction: Multimorbidity is an increasingly frequent problem in Primary Health Care (PHC), with important implications in clinical practice, organization of health services and management of patients' health. Mental disease, in particular Depression, is an important cause of disability and morbimortality in today's society and is often associated with medical multipathology. Diabetes is one of the most commonly studied diseases in this context, verifying a high coexistence between these two diseases. Therefore, it is important to explore this association and understand the difficulties and needs in managing multimorbidity in the context of PHC.

Objectives: The objective is to understand the association between Depression and Diabetes, assessing its prevalence, etiopathogenesis, impact and clinical implications. With this it is aimed to highlight the importance of the integrated assessment of Mental Health in PHC and to emphasize the role of General Practice/Family Medicine and multidisciplinary intervention in the management of multimorbidity.

Methods: A literature review was carried out using articles published in *PubMed* between 2000-2019, written in portuguese and english. It was complemented with articles from the *Portuguese Journal of Family Medicine and General Practice*, textbooks and international guidelines.

Conclusion: The association between Depression and Diabetes is prevalent in PHC, reflecting the multimorbidity existing in this context. It is a bidirectional association, with a significant functional impairment and higher rates of complications and mortality. Additionally, it is a challenge to clinical practice, requiring an individualized approach that benefits from a patient-centered model. The integrated approach of mental and medical diseases should be a priority in PHC, therefore it is important to have instruments to support decision making and an organizational model of care that promotes multidisciplinary intervention. In this context, the Family Doctor plays a major role in the management of multimorbidity, coordinating provided care and cooperating with other professionals when necessary.

Keywords: *Multimorbidity, Depression, Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Multidisciplinary Approach.*

Este Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Índice Geral

Resumo	2
Abstract	3
Índice de Ilustrações	6
Lista de Abreviaturas	7
Introdução	8
Cuidados de Saúde Primários em Portugal	11
Particularidades da Medicina Geral e Familiar	12
Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar	12
Multipatologia e Complexidade Clínica em Medicina Geral e Familiar	14
Saúde Mental	18
Importância e Dados Epidemiológicos	18
Papel dos CSP na Saúde Mental	19
Patologia Depressiva	23
Definições segundo o DSM-5	23
Depressão nos CSP	25
Depressão e Doenças Médicas nos CSP	31
Associação entre Depressão e Diabetes	33
Prevalência da Multimorbilidade	33
Mecanismos Etiopatogénicos Subjacentes	34
Impacto da Multimorbilidade entre Depressão e Diabetes	38
Implicações da Multimorbilidade na Prática Clínica	47
<i>Screening</i> de Depressão nos CSP	47
Tratamento da Depressão em pacientes diabéticos	51
Importância da Intervenção Multidisciplinar na Gestão da Multimorbilidade	53
Conclusão	57
Agradecimentos	60
Referências Bibliográficas	61

Índice de Ilustrações

Figuras:

Figura 1 - Níveis e Filtros da Pirâmide de Goldberg	20
Figura 2 - Relação Bidirecional entre Depressão e doenças médicas crónicas.....	46

Gráficos:

Gráfico 1 - Proporção de Utentes com registo de Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade e Demência, entre os Utentes inscritos ativos em CSP (%), Portugal Continental 2011-2016. Fonte: Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS (2017).....	21
---	----

Lista de Abreviaturas

Pela ordem encontrada no texto:

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

MGF – Medicina Geral e Familiar;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

DM – *Diabetes Mellitus;*

NOC - Normas de Orientação Clínica;

Wonca – Organização Mundial de Médicos de Família;

DGS – Direção Geral de Saúde;

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição.

IMC – Índice de Massa Corporal;

PCR – Proteína C Reativa;

IL-6 – Interleucina 6;

HbA1c – Hemoglobina Glicada;

USPSTF - *United States Preventive Services Task Force;*

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale;*

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire;

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição.

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina;

LDL - *Low Density Lipoprotein.*

Introdução

Atendendo ao aumento da esperança de vida e ao conseqüente envelhecimento da população, a multipatologia e as suas conseqüências têm-se revelado um importante problema de saúde pública e dos sistemas de saúde da atualidade (Broeiro, 2001). O termo multimorbilidade engloba esta realidade cada vez mais frequente na prática clínica, em que num mesmo indivíduo coexistem múltiplas patologias, com complexas interações entre si.

Esta realidade tem uma especial importância no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), em particular da Medicina Geral e Familiar (MGF), uma vez que constituem geralmente o primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde e se caracterizam pela prestação de cuidados longitudinais (Reis & Cardoso, 2015). Por este motivo, a MGF lida com problemas de diferentes naturezas, gerindo a sua repercussão nos indivíduos e suas famílias. Esta situação faz com que os Médicos de Família tenham que assumir o papel de gestores da complexidade, utilizando a sua relação personalizada com os doentes, em cooperação com outros profissionais, num contexto onde o tempo e recursos parecem ser limitados (Santos, 2008). A prática de um modelo de cuidados centrado no paciente, enquadrando o seu contexto biopsicossocial na sua multipatologia, constitui uma das principais características que tornam os Médicos de Família os mais aptos a gerir a multimorbilidade.

A complexidade associada à multimorbilidade não se resume à soma das múltiplas patologias, mas sim à complexa e dinâmica interação entre as mesmas. Presume-se, assim, que desta resulte um impacto significativo tanto para o doente e *outcomes* das respetivas patologias, como para o médico e sistema de saúde, exigindo uma abordagem complexa e adequada à singularidade de cada doente.

Por este motivo, considera-se que o estudo da multimorbilidade tem fortes implicações na prática clínica, na organização dos serviços e na gestão da saúde dos doentes, razões pelas quais se procurou explorar esta temática no presente trabalho. Para tal, o mesmo focar-se-á na associação entre patologia mental e patologia médica, tomando como caso-estudo a associação entre Depressão e Diabetes, que se espera vir

a servir como ponto de partida para a compreensão da complexidade associada à multimorbilidade entre patologia mental e física.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a saúde mental e a saúde física estão intrinsecamente associadas, assumindo o completo bem-estar mental como essencial para se alcançar o mais elevado estado de saúde. (The World Health Organization (WHO), 2006). Desta forma, emerge a importância de uma avaliação e abordagem integradas destas duas dimensões na prática clínica, em especial nos CSP, de modo a se promoverem os cuidados holísticos defendidos na Declaração de Alma-Ata.

A Depressão constitui uma das patologias mentais mais frequentes nos CSP, sendo uma importante causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). A sua prevalência tem sido fortemente associada à multipatologia em CSP, encontrando-se uma grande sobreposição entre a patologia depressiva e outras doenças médicas crónicas.

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma das patologias mais estudadas neste contexto, verificando-se uma associação considerável entre a mesma e a patologia depressiva. Por este motivo, e tendo em conta que a Diabetes também constitui uma das doenças médicas crónicas mais prevalentes em CSP, com significativo impacto na morbimortalidade da população, torna-se importante estudar a associação entre esta e a patologia depressiva.

Por conseguinte, o presente trabalho terá como objetivo explorar a associação existente entre Depressão e Diabetes, avaliando a sua prevalência, mecanismos etiopatogénicos subjacentes, impacto e respetivas implicações na prática clínica. Espera-se encontrar uma forte associação entre ambas as patologias, admitindo-se, no entanto, alguma complexidade na definição do sentido de uma eventual relação causal. Paralelamente, pretende-se realçar a importância da avaliação integrada da Saúde Mental em CSP e destacar o papel da MGF na abordagem da multimorbilidade, evocando a importância de uma intervenção multidisciplinar neste contexto.

Tendo em conta estes objetivos, realizou-se uma revisão da literatura, recorrendo a informação de artigos disponíveis na *PubMed*, selecionados pelos seguintes termos de pesquisa: *Multimorbidity*, *Depression*, *Diabetes Mellitus*, *Primary Health Care*, *Multidisciplinary Approach*. A revisão foi limitada a artigos redigidos nas línguas portuguesa e inglesa, publicados entre 2000-2019. Pontualmente, foram consultados artigos publicados previamente ao intervalo indicado, por adicionarem informação relevante à compreensão dos temas em análise.

Foram ainda consultados artigos da *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* e outras equivalentes de carácter internacional, com temáticas pertinentes aos objetivos estabelecidos. Com o intuito de consolidar a contextualização do trabalho nos CSP, salientando a sua importância para a temática em estudo, complementou-se a pesquisa com livros de texto, nomeadamente o livro intitulado *Medicina Geral e Familiar*, recentemente publicado.

Adicionalmente, e tendo em conta a abordagem de patologias específicas como a Diabetes e a Depressão, o trabalho foi complementado com *Guidelines* internacionais e a quinta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5).

Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um conjunto de cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade (Biscaia et al., 2008). O seu conceito foi estabelecido em 1978, na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, da qual resultou a Declaração que se assume como uma das referências fundadoras dos CSP, onde ressaltam os princípios de equidade, justiça social e acesso universal à Saúde – *“A saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial (...)”*.

Os CSP têm por objetivo dar resposta e intervir nas principais necessidades da população, englobando ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, reabilitação e palição, garantindo sempre a continuidade dos cuidados. São prestados por profissionais especializados que coordenam os serviços, gerindo a necessidade de encaminhamento para níveis mais especializados de cuidados, cuja articulação é fundamental (R. Gusmão, 2005).

Os CSP são, assim, o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde e privilegiam uma perspetiva integradora e de ciclo vital do indivíduo, criando as condições necessárias para intervenções de deteção precoce, tratamentos agudos e gestão de problemas crónicos (Ustun, 2000).

Particularidades da Medicina Geral e Familiar

Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma disciplina académica e científica, com próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica, e uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários de saúde (Allen et al., 2005). De acordo com a *Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar* (EURACT, 2011), o seu modelo conceptual assenta em várias características que refletem a sua especificidade e complexidade, tais que:

1. É normalmente o **primeiro ponto de contacto médico dentro do sistema de saúde**, proporcionando acesso aberto e ilimitado aos utentes e lidando com todos os problemas de saúde independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão.
2. Utiliza de forma eficiente os recursos de saúde através da **coordenação de cuidados**, através do trabalho com outros profissionais no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), bem como através da gestão da interface com outras especialidades, assumindo um **papel de advocacia do doente** sempre que necessário.
3. Desenvolve uma **abordagem centrada na pessoa**, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se inserem.
4. Possui um processo singular de condução da consulta, estabelecendo uma **relação ao longo do tempo**, através de uma efetiva comunicação médico-paciente.
5. É responsável pela **prestação de cuidados continuados longitudinalmente** tal como determinados pelas necessidades do paciente.
6. Possui um **processo específico de tomada de decisões** determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade.
7. Gere simultaneamente **problemas agudos e crónicos** de pacientes individuais.
8. Gere **afeções que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce** do seu desenvolvimento, podendo requerer intervenção urgente.

9. **Promove a saúde e o bem-estar** através de intervenções apropriadas e efetivas.
10. Tem uma **responsabilidade específica pela saúde da comunidade**.
11. Lida com problemas de saúde nas suas **dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial**.

Desta formulação de características decorre que o Médico de Família deve ser dotado de um conjunto de competências nucleares, que têm em consideração tanto as necessidades individuais dos pacientes, como as necessidades da comunidade em que se inserem. Assim, de acordo com a *Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar* (EURACT, 2011), as características da Disciplina correlacionam-se com as competências que todos os Médicos de Família devem possuir, nomeadamente:

- Gestão de Cuidados de Saúde Primários: Os Médicos de Família devem ser capazes de gerir o largo espectro de situações de saúde do paciente, coordenando os cuidados prestados com outros profissionais e especialidades. Esta orientação dos cuidados de saúde deve tornar disponíveis ao paciente os serviços apropriados dentro do sistema de saúde, maximizando a eficácia das intervenções.
- Cuidados centrados na Pessoa: A posição do Médico de Família no sistema de saúde implica que, na sua prática clínica, seja capaz de adotar uma abordagem centrada na pessoa, contextualizando os problemas do paciente nas circunstâncias envolventes, explorando a sua experiência de doença e procurando plataformas de entendimento que confirmem autonomia ao doente na gestão da sua doença.
- Aptidões específicas para a resolução de problemas: O Médico de Família resolve problemas de saúde no contexto de uma relação personalizada e continuada com o paciente. Para tal, deve ser capaz de interpretar seletivamente a informação obtida, tolerar a incerteza clínica, usando o tempo como ferramenta auxiliar, e ainda fundamentar a sua prática com base na prevalência e incidência da doença na comunidade.
- Abordagem abrangente: O Médico de Família deve ser capaz de gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias (sejam crónicas ou agudas) do

paciente. Deve ainda promover estratégias de prevenção da doença, promoção da saúde e gerir a cura, cuidados, reabilitação e palição quando necessários (Allen et al., 2005).

- Orientação comunitária: A abordagem do Médico de Família deve conjugar as necessidades dos pacientes com as necessidades da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis (Allen et al., 2005).
- Abordagem holística: O Médico de Família deve tentar compreender a pessoa como um todo, relacionando as suas várias dimensões – biopsicossocioculturais.

Multipatologia e Complexidade Clínica em Medicina Geral e Familiar

As características intrínsecas à prática da MGF, expostas anteriormente, tornam-na numa das especialidades mais aptas para compreender e gerir a multimorbilidade (Reis & Cardoso, 2015). Os Médicos de Família, sendo comumente o primeiro ponto de contacto médico dentro do sistema de saúde, lidam frequentemente com um largo espectro de patologias, muitas vezes presentes no mesmo doente. Assim, urge a necessidade de gerir problemas de diferentes naturezas, assim como a sua repercussão nos indivíduos, nas famílias e na gestão das próprias doenças (Santos, 2008).

- **Conceitos de Comorbilidade e Multimorbilidade**

Na literatura médica é frequente o uso dos termos comorbilidade ou multimorbilidade sem que a sua definição seja explícita ou como sinónimos (Santos, 2008). Segundo van den Akker et al. (1996), o conceito de comorbilidade mantém-se segundo a sua definição inicial por Feinstein (1970), correspondendo a uma entidade nosológica, adicional e distinta, que apareceu ou que ocorre durante o curso clínico de uma dada doença-índice. Por sua vez, a multimorbilidade refere-se à coexistência de doenças ou situações médicas múltiplas, crónicas ou agudas, não se definindo nenhuma como central, e à presença de interações complexas entre as mesmas. A distinção entre multimorbilidade e comorbilidade parece, assim, fictícia, dependendo da perspetiva de análise, uma vez que o mesmo paciente pode ter multimorbilidade para o seu Médico de Família e comorbilidade para outro especialista, que se dedicará à patologia da sua

área. Consequentemente, compreende-se que esta indefinição constitui uma limitação presente em muitos dos estudos sobre esta temática (Broeiro, 2015).

Embora não exista uma definição consensual, no presente trabalho dar-se-á maior ênfase ao conceito de multimorbilidade, uma vez que se considera que a abordagem da multipatologia na perspetiva de um problema índice e suas comorbilidades torna-se ineficaz e ineficiente, pois considera a maioria dos problemas apenas na sua relação com o problema índice. Em contrapartida, o conceito de multimorbilidade potencia a abordagem da totalidade dos problemas (abrangente e holística), valorizando o paciente como um todo e promovendo a compreensão da interação entre os vários problemas, sejam físicos, mentais ou sociais (Broeiro, 2015).

- **Prevalência de Multimorbilidade**

A multimorbilidade é uma situação clínica comum, embora a medida da sua frequência varie de acordo com o número, tipo de doenças e grupos populacionais considerados (Prazeres & Santos, in Medicina Geral e Familiar, 2020).

A nível nacional, dados recentes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, obtidos através de um estudo de base populacional, revelam que a multimorbilidade apresenta-se em Portugal como um problema de magnitude assinalável, abrangendo 38,3% da população com 25-74 anos. De acordo com os resultados encontrados, o risco de multimorbilidade é superior no sexo feminino, nos escalões etários mais altos e nos indivíduos menos diferenciados. Os resultados revelam ainda que doentes com multimorbilidade apresentam uma maior utilização das consultas nos CSP, consultas hospitalares e internamentos (Quinaz Romana et al., 2019).

A nível dos cuidados primários, um estudo transversal realizado em Portugal teve como objetivo quantificar a multimorbilidade na população adulta a frequentar CSP. Segundo o mesmo, a prevalência de multimorbilidade neste contexto foi de 72.7%, sendo também consistentemente associada a faixas etárias mais altas e a baixos níveis socioeconómicos. Para além disso, o estudo mostrou que as doenças cardiometabólicas e mentais eram as mais frequentemente encontradas (Prazeres & Santiago, 2015).

- **Desafios da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar**

O seguimento de doentes com multimorbilidade coloca vários desafios à MGF, exigindo, para além das competências referidas, que o Médico de Família seja capaz de integrar a experiência clínica individual na evidência clínica disponível e tomar decisões num contexto de ambiguidades e incertezas, hierarquizando prioridades e produzindo soluções eficientes e originais em cada episódio de cuidados. Devido à heterogeneidade subjacente à multimorbilidade, pelas diferentes patologias que podem coexistir e respetivas interações, nestes doentes o Médico de Família terá sempre que encontrar um padrão de intervenção dirigido, com estratégias de gestão e tratamento específicas (Santos, 2008).

Em particular, a relação entre o adoecer físico e mental, embora reconhecida desde a antiguidade, tem refletido a diversidade de modelos que procuram explicar a complexidade das doenças e a regulação de um equilíbrio dinâmico que se poderá designar por saúde (Ouakinin, *in* Manual de Psiquiatria Clínica, 2014).

Segundo uma revisão sistemática publicada no *British Medical Journal*, de Sinnott et al (2013), as principais dificuldades na gestão de doentes com multimorbilidade relacionam-se com a desorganização e fragmentação dos cuidados de saúde prestados, a inadequação das Normas de Orientação Clínica (NOC) para doenças específicas, os desafios da prestação de cuidados centrados no paciente e barreiras no processo de tomada de decisão partilhada.

É importante considerar que a formulação e a implementação das NOC não refletem a individualidade do doente, o seu contexto particular ou a sua multimorbilidade, pelo que a natureza e a complexidade das necessidades destes doentes carecem de melhor compreensão e suporte de evidência (Broeiro, 2015). De realçar que as pessoas mais idosas e com multimorbilidade encontram-se excluídas da maioria dos estudos que suportam as orientações clínicas (Prazeres & Santos, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020).

Adicionalmente, os pacientes com multimorbilidade estão, geralmente, ligados a vários médicos e cuidados de saúde, muitas vezes inadequadamente coordenados entre

si, podendo existir problemas insuficientemente controlados e outros duplamente tratados, bem como dificuldade em gerir a consequente polimedicação (Broeiro, 2015).

Estes desafios exigem que o Médico de Família assuma o papel de gestor da complexidade, num ambiente onde o tempo parece ser um bem escasso e os recursos limitados. Por conseguinte, compreende-se a importância de um modelo organizativo sustentado numa intervenção em equipa, com uma forte rede de apoio social, suportada em sistemas informáticos que incluam instrumentos de apoio à decisão clínica adequados e que abranjam, em simultâneo, os diferentes problemas de saúde (Santos, 2008).

De igual forma, estes desafios vêm salientar a importância de um modelo de prática clínica centrado no paciente. Não existindo um problema dominante, o cuidado centrado no paciente é o ideal para equilibrar todos os problemas e permitir uma abordagem integrada, que acima de tudo vê a pessoa como um todo e não as suas doenças em particular. Sir William Osler (século XIX) apoia este modelo de cuidados, trazendo algum humanismo ao exercício médico: *“É mais importante conhecer o doente que tem a doença do que conhecer a doença que o doente tem”* (Couto, in Medicina Geral e Familiar, 2020)

Saúde Mental

Importância e Dados Epidemiológicos

As perturbações mentais constituem um dos mais importantes desafios de Saúde Pública da atualidade. A carga das perturbações mentais foi seriamente subestimada no passado, uma vez que as abordagens tradicionais apenas consideravam os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

No entanto, com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é evidente que as perturbações mentais se tornaram uma importante causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). Na Europa, são a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga global da doença (medida em anos de vida ajustados à incapacidade), depois das doenças cardiovasculares e das doenças oncológicas (Conselho Nacional da Saúde, 2019).

Tendo em conta este cenário, cada vez mais se reconhece e debate a importância da Saúde Mental, sendo esta desde o início integrada na definição de saúde adotada na Constituição da OMS (1948), que define a mesma como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (The World Health Organization (WHO), 2006). Assim, o completo bem-estar mental é assumido como essencial para ser atingido o mais elevado estado de saúde (Conselho Nacional da Saúde, 2019).

Segundo dados do primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2008-2009 no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, Portugal tem umas das mais elevadas prevalências de doença mental da Europa (22.9% nos 12 meses anteriores à entrevista), sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar com uma prevalência de 23.1%. O estudo salienta as perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações do humor (7,9%) como as mais prevalentes na população portuguesa.

Segundo o mesmo estudo, uma percentagem considerável das pessoas com doença mental permanece sem acesso a cuidados de Saúde Mental e muitos dos que têm acesso continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial) considerados essenciais, com apenas 33% das pessoas diagnosticadas a receber cuidados adequados. Adicionalmente, existem atrasos preocupantes entre o aparecimento dos primeiros sintomas de doença e o início do tratamento, com medianas de atraso de 3 anos nas perturbações de ansiedade e de 4 anos nos episódios de Depressão Major.

Tendo em consideração a elevada prevalência e impacto das perturbações mentais, que contrastam com as taxas de diagnóstico e tratamento das mesmas, incluir a Saúde Mental na agenda de Saúde Pública assegurando a todas as populações o acesso a serviços de Saúde Mental de qualidade torna-se, mais do que nunca, um objetivo importante no âmbito da saúde a nível mundial.

Papel dos CSP na Saúde Mental

Garantir políticas de Saúde Mental orientadas para a comunidade pressupõe uma intervenção com foco especial nos CSP e, de facto, a Saúde Mental constitui um assunto pertinente a este nível.

Como vários estudos epidemiológicos têm mostrado, a maior parte dos cuidados de saúde mental são assegurados através dos CSP, sendo que aos serviços de saúde mental especializados apenas chega uma pequena parte do total dos indivíduos com perturbações mentais (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Em Portugal, as doenças psiquiátricas constituem um dos mais frequentes motivos de consulta nos CSP, com uma prevalência global de cerca de 50%, encontrando-se metade destes doentes acompanhados exclusivamente pelo Médico de Família (Silva et al., 2013).

Goldberg e Huxley (1980) descreveram um modelo (*figura 1*) que permite compreender a importância dos CSP, em particular da MGF, como primeira linha de abordagem à Saúde Mental. Segundo estes autores, entre os dois extremos do percurso

de abordagem da patologia mental, ou seja, da comunidade (nível I) ao internamento (nível V), o doente tem de atravessar diversos filtros, no total de quatro, que poderão condicionar a retenção a montante e a passagem para o nível subsequente. O primeiro filtro (filtro 1) é representado pela decisão, por parte do doente com perturbação psiquiátrica, de recorrer ao Médico de Família. Por sua vez, o segundo filtro (filtro 2) consiste na identificação ou reconhecimento da patologia psiquiátrica pelo respetivo Médico de Família e é dependente de características várias, do doente, do próprio médico e do contexto em que se dá o contacto entre ambos. O terceiro filtro (filtro 3) compreende a decisão, por parte do Médico de Família, em reter ou referenciar para a Psiquiatria os doentes identificados, dependendo da sua confiança nas próprias capacidades em tratar estes doentes e da acessibilidade e qualidade dos serviços de Psiquiatria (Teixeira & Cabral, 2008). Por fim, o quarto filtro (filtro 4) corresponde à decisão do Psiquiatra em internar o doente.

Com base neste modelo, podemos compreender que o Médico de Família desempenha um importante papel, reconhecendo o problema e fazendo a gestão adequada do mesmo, encaminhado para cuidados especializados quando necessário.

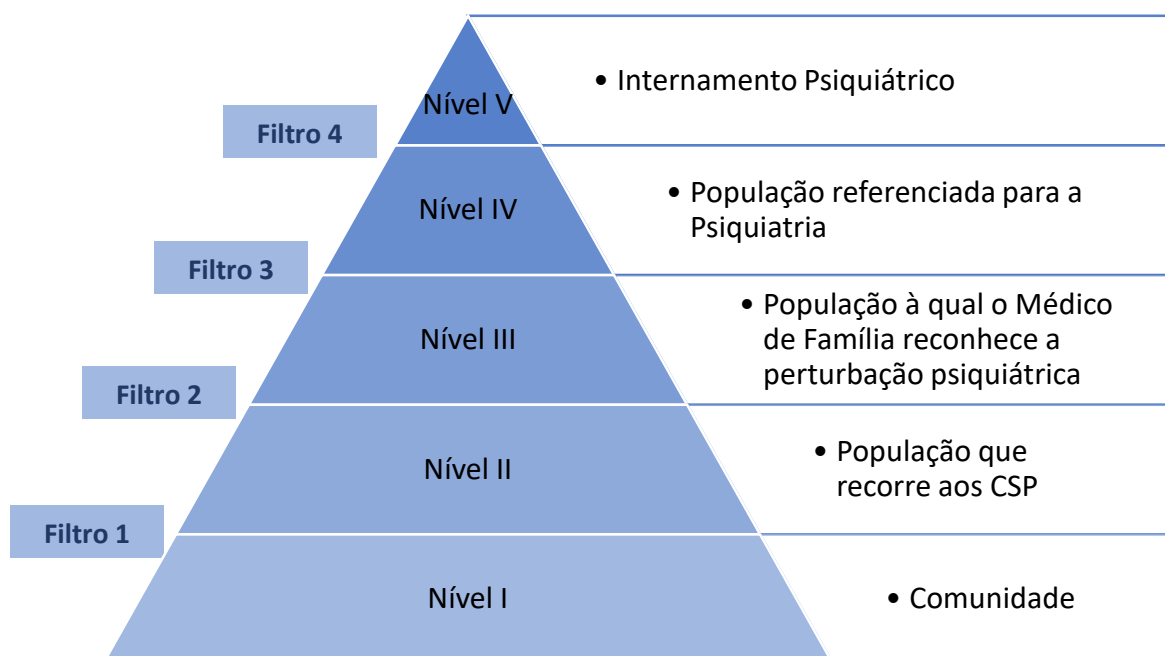


Figura 1- Níveis e Filtros da Pirâmide de Goldberg

Segundo o relatório de 2008 sobre a integração da Saúde Mental nos CSP, desenvolvido conjuntamente pela OMS e pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca), as principais perturbações mentais presentes em contexto de cuidados primários são a Depressão (variando entre 5% e 20%), a Perturbação da Ansiedade Generalizada (4% a 15%), o Abuso e Dependência do Álcool (5% a 15%) e as Perturbações de Somatização (0,5% a 11%) (OMS e Wonca, 2008).

Mais recentemente, de acordo com o relatório de 2017 do Programa Nacional para a Saúde Mental, elaborado pela Direção Geral de Saúde (DGS), o registo de utentes com perturbações mentais nos CSP tem vindo a aumentar desde 2011, sendo as proporções mais altas de registo correspondentes às perturbações depressivas, às quais se seguem as perturbações de ansiedade e, finalmente, as demências (*gráfico 1*). Se por um lado estes dados poderão refletir um aumento da acessibilidade aos CSP e maior sensibilização dos profissionais para o diagnóstico de perturbações mentais, por outro podem estar associados a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de Saúde Mental, nomeadamente relacionados com as perturbações depressivas.

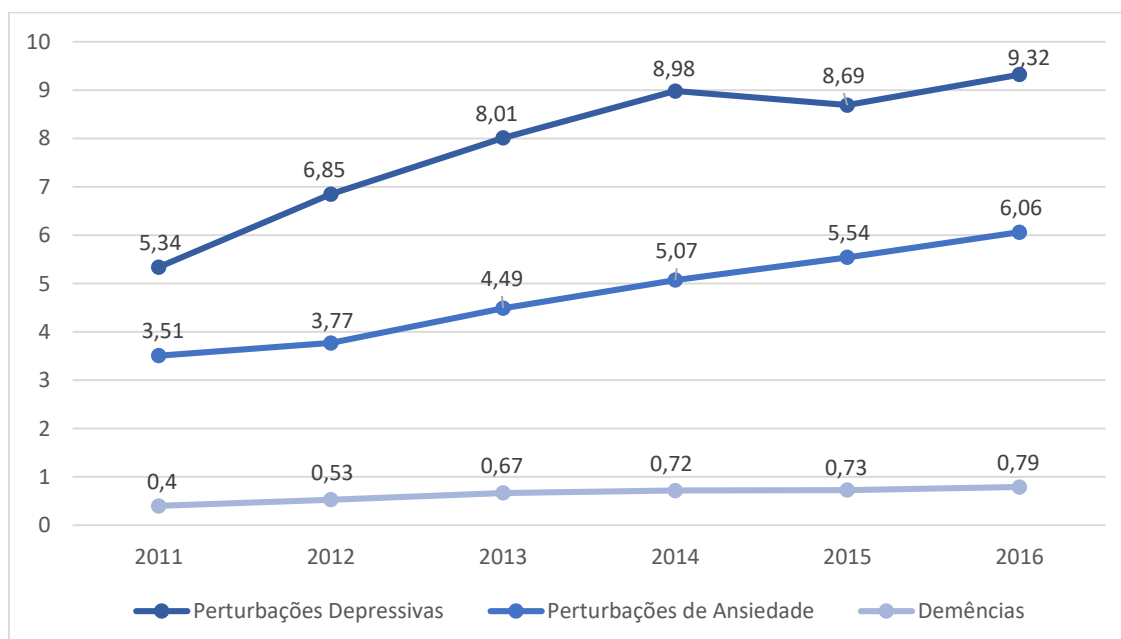


Gráfico 1- Proporção de Utentes com registo de Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade e Demência, entre os Utentes inscritos ativos em CSP (%), Portugal Continental | 2011-2016. Fonte: Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS (2017).

Pela elevada prevalência e evidência epidemiológica de que o recurso habitual dos pacientes com perturbações mentais comuns se verifica nos CSP, importa que a este nível de cuidados existam profissionais preparados e instruídos para responderem eficazmente às mesmas (Carvalho, 2018), promovendo assim a prestação de cuidados de Saúde Mental na comunidade, um dos objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016, com extensão a 2020).

Neste trabalho, dar-se-á uma especial atenção à patologia depressiva, tendo em conta a sua elevada prevalência em doentes seguidos em contexto de CSP, com multipatologia, e o seu impacto clinicamente significativo no funcionamento físico, social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Patologia Depressiva

Definições segundo o DSM-5

De acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (*American Psychiatric Association, 2013*), as perturbações depressivas incluem um vasto leque de diagnósticos que vão desde a condição clássica de Perturbação Depressiva Major, a outros como Perturbação Depressiva Persistente (Distímia), Perturbação Depressiva Devido a Outra Condição Médica ou Perturbação Depressiva Induzida por Substância/Medicamento. A Depressão ainda ocorre na Perturbação Bipolar, mas serão considerados unicamente os estados depressivos unipolares, ou seja, que não alternam com episódios hipomaníacos ou maníacos. Para além disso, no presente trabalho a designação Depressão será aplicada de modo abrangente aos estados depressivos, sendo especificamente referido se de um deles em particular se trata, sempre que tal seja necessário.

Tendo em conta os objetivos do presente trabalho, torna-se relevante esclarecer as diferenças subjacentes a alguns diagnósticos de perturbação depressiva. Segundo o DSM-5, a característica comum às perturbações depressivas é a presença de humor deprimido, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Por outro lado, o que as difere são aspetos de duração, momento ou etiologia presumida.

Na Perturbação Depressiva Major, cinco ou mais sintomas devem estar presentes durante o mesmo período de duas semanas, sendo pelo menos um deles humor depressivo ou anedonia. Os restantes quatro ou mais sintomas devem fazer parte dos seguintes: alterações do apetite ou peso, alterações do sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldade de raciocínio, concentração ou tomada de decisão ou ideação suicida. O quadro deve representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior e deve resultar em sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras

áreas importantes da vida do indivíduo. Adicionalmente, o episódio não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

O DSM-5 salienta que respostas a um evento *stressor* significativo (luto, doença médica grave ou incapacitante, entre outros) podem incluir os sintomas tidos em conta para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major. Nestas situações, embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à situação, a presença de um episódio depressivo major deve ser cuidadosamente considerada e avaliada. Caso não se cumpram, efetivamente, os critérios diagnósticos para uma Perturbação Depressiva Major, poder-se-á ainda considerar, nestas situações, uma eventual Perturbação de Adaptação com humor depressivo.

Como veremos adiante, a avaliação dos sintomas de uma Depressão Major é especialmente difícil quando surgem em indivíduos que também apresentam uma condição médica (como por exemplo, Diabetes), uma vez que alguns dos sintomas podem ser sobreponíveis em ambas as patologias.

Neste contexto de multimorbilidade e na tentativa de auxiliar o diagnóstico das perturbações depressivas nestes doentes, o DSM-5 destaca o diagnóstico de Perturbação Depressiva Devido a Outra Condição Médica para os casos em que a perturbação depressiva é considerada consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica. Para tal diagnóstico, o clínico deve, primeiramente, estabelecer a presença de uma condição médica geral e determinar que a perturbação de humor está etiologicalamente relacionada à mesma por meio de um mecanismo fisiológico conhecido. Embora não existam diretrizes claras para determinar tal relação entre a Depressão e as diversas condições médicas, algumas considerações poderão orientar essa possibilidade, nomeadamente a associação temporal entre ambas (em termos de início, exacerbação ou remissão) e a presença de características que são consideradas atípicas nas perturbações depressivas primárias (como por exemplo, idade de início ou curso atípico). Adicionalmente, evidências da literatura que sugiram a possível existência de uma associação direta entre ambas as patologias podem ser uma orientação útil na avaliação destes contextos.

No entanto, o apoio da literatura é mais evidente em determinadas patologias médicas, nas quais existem claras associações com a patologia depressiva, como é o caso da Doença de *Parkinson*, Doença de *Huntington*, Esclerose Múltipla, Hipotireoidismo, Síndrome de *Cushing* e Acidente Vascular Cerebral. Noutras condições médicas, como a Diabetes *Mellitus* (DM), tal associação pode não ser tão clara, pelo que na presença de sintomas depressivos é importante considerar os diagnósticos diferenciais de Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo ou mesmo Depressão Major.

Depressão nos CSP

A importância dedicada à Saúde Mental e, em particular, à Depressão no contexto dos CSP decorre do seu elevado peso para os indivíduos, famílias e sociedade em geral, que se evidencia com maior intensidade nesta primeira linha de cuidados.

A prevalência de Depressão varia consoante o local de prestação de cuidados onde ocorre a recolha da informação, isto é, na população geral, nos CSP, nos hospitais gerais ou estruturas prestadoras de cuidados psiquiátricos especializados, refletindo desse modo o acesso aos cuidados de Saúde Mental pelos indivíduos (R. Gusmão, 2005), bem como a capacidade de diagnóstico nesses mesmos locais.

As perturbações depressivas são especialmente prevalentes nos CSP, rondando os 20 a 25% de utentes para a globalidade de perturbações depressivas (R. M. Gusmão et al., 2004). Como salientado anteriormente, a maioria dos doentes com esta perturbação tende a recorrer primeiro ao Médico de Família, com apenas cerca de 1/3 dos doentes a procurar inicialmente o Psiquiatra (Teixeira & Cabral, 2008).

Alguns estudos afirmam que a Depressão encontrada nos CSP se manifesta com uma maior apresentação somática, com cerca de 65% dos doentes a apresentarem sintomas físicos, com predomínio das queixas algícas. Estima-se, inclusive, que mais de 2/3 dos doentes com Depressão refiram os sintomas somáticos como motivo primário para a consulta. No entanto, em apenas 20% desses doentes que se apresentam com sintomas somáticos é feito o diagnóstico de Depressão, pelo que se depreende que a apresentação somática contribui para menores taxas de reconhecimento da patologia

depressiva, fazendo com que tanto o doente como o médico se foquem quase exclusivamente nas queixas físicas, que mascaram o correto diagnóstico (Teixeira & Cabral, 2008).

Por conseguinte, apesar de se reconhecer a elevada prevalência de perturbações afetivo-emocionais nos utentes dos CSP, tende a existir uma subavaliação deste problema, com consequente subdiagnóstico e subtratamento. No caso particular da Depressão, estima-se que a proporção entre os casos de perturbação não diagnosticada e os casos diagnosticados corretamente poderá ser de 2:1, ou seja, em 50% dos casos não será feito o correto diagnóstico de Depressão (Gonçalves & Fagulha, 2004).

O subdiagnóstico de Depressão poderá ser responsável por excesso de tempo dedicado à colheita de história clínica e ao exame objetivo, bem como pela realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários, em resposta às queixas somáticas, geralmente vagas, apresentadas pelos doentes (R. Gusmão, 2005).

O diagnóstico da perturbação depressiva, apesar de necessário, só terá impacto significativo nos *outcomes* se houver uma orientação precoce para intervenções terapêuticas adequadas (Tiemens et al., 1996). No entanto, e apesar de se reconhecer a efetividade das intervenções terapêuticas na Depressão, uma vez diagnosticada, apenas uma minoria dos doentes com Depressão recebe tratamento adequado. Cerca de 25% dos doentes diagnosticados com Depressão em consulta de MGF recebe tratamento antidepressivo subsequente, sendo na maioria das vezes em baixa dose e por curto período de tempo (Van Rijswijk et al., 2009).

As barreiras ao diagnóstico e tratamento da Depressão nos CSP ocorrem a vários níveis, podendo estar associadas a fatores relacionados com o doente, com o próprio médico, com o sistema de prestação de cuidados ou mesmo a fatores sociais (OMS e Wonca, 2008).

- **Fatores relacionados com o doente:**

Vários fatores relacionados com os doentes podem dificultar o processo de reconhecimento, diagnóstico e tratamento da Depressão. Uma das principais

dificuldades prende-se com o facto de muitos doentes não reconhecerem os sintomas de uma perturbação mental, concentrando-se, em vez disso, nos problemas de saúde física. Quando reconhecidos, os sintomas da patologia psiquiátrica são muitas vezes subestimados e os pacientes tendem a acreditar que podem geri-los sem ajuda dos serviços de saúde (OMS e Wonca, 2008). A isto acrescentam-se os receios e sentimento de vergonha em relação aos problemas do foro mental, que dificultam a procura de ajuda.

Quando os pacientes decidem procurar ajuda em contexto de CSP, muitas vezes mencionam meramente sintomas somáticos, como queixas álgicas, que acabam por mascarar uma eventual patologia depressiva. Num estudo realizado em Portugal sobre os sintomas somáticos da Depressão, verificou-se que 75% dos doentes deprimidos estudados tinham inicialmente consultado o médico com queixas da esfera somática (Saraiva & Vilhena, 1981). Esta forma de Depressão mais somatizada, frequente em CSP, torna mais difícil o correto diagnóstico da perturbação depressiva, conduzindo frequentemente a investigação adicional e diagnóstico de doença física.

Em última instância, se os pacientes optam por mencionar sintomas do foro mental, normalmente esperam até ao fim da consulta para o fazer (Ferenchick et al., 2019), o que dificulta a exploração dos mesmos por parte do médico, num contexto em que o tempo de consulta é limitado.

Por outro lado, a multipatologia muitas vezes presente nos doentes seguidos em MGF desempenha também um importante obstáculo no reconhecimento da patologia depressiva, pela possibilidade de sobreposição de sintomas somáticos e psicológicos depressivos com os sintomas de outras patologias médicas. Para além disso, a gestão dos cuidados a prestar a doentes com patologia médica crónica é exaustiva e pode, durante a consulta, obliterar as preocupações relativas a um eventual diagnóstico de Depressão (R. Gusmão, 2005).

Relativamente ao tratamento, sabe-se que os doentes frequentemente apresentam uma forte resistência ao tratamento psicofarmacológico, especialmente quando prescrito por um período mais longo, por receio dos seus efeitos adversos e eventual

dependência. Nos doentes mais velhos, com múltiplas patologias, a dificuldade do tratamento prende-se também com a possibilidade de interações medicamentosas (Barley et al., 2011).

- **Fatores relacionados com os profissionais de saúde:**

Outros fatores que podem influenciar o diagnóstico e tratamento da Depressão em contexto de CSP estão associados ao próprio médico. Segundo um estudo sobre os obstáculos sentidos pelos Médicos de Família em relação à Saúde Mental, realizado em Portugal, um dos principais obstáculos encontrados na abordagem da patologia psiquiátrica referia-se à limitação no conhecimento de critérios de referenciação e de técnicas de comunicação na consulta (Silva et al., 2013). De facto, a lacuna existente ao nível da formação no âmbito da Saúde Mental, orientada para Médicos de Família, contribui para a falta de confiança na entrevista dirigida à patologia psiquiátrica, bem como no seu diagnóstico e respetivo tratamento. Mais de 90% dos médicos inquiridos no estudo referiram que gostariam que existisse uma melhoria da resposta e colaboração de outros profissionais de saúde para abordarem a patologia psiquiátrica (Silva et al., 2013).

Uma vez que o diagnóstico de Depressão é um diagnóstico sindromático, realizado por entrevista clínica, não havendo nenhum exame complementar que o estabeleça ou valide externamente, o mesmo é dificultado caso não se institua uma comunicação adequada, assente numa relação médico-doente estabelecida, o que salienta a importância da mesma e da aquisição, desde cedo, de adequadas técnicas de comunicação.

Adicionalmente, uma vez identificados os sintomas depressivos, uma das principais dificuldades de diagnóstico prende-se com erros na avaliação da gravidade dos mesmos, muitas vezes erradamente considerados clinicamente insignificativos (Mitchell et al., 2009). Admite-se que é possível que a tendência à minimização e normalização de alguns sintomas depressivos possa também constituir uma manifestação do comum estigma habitualmente associado à doença mental (R. Gusmão, 2005).

É também reconhecido que, regra geral, os médicos tendem a dar uma especial atenção e a dirigir as suas atitudes clínicas para as perturbações médicas, em especial as de carácter agudo, em detrimento da patologia psiquiátrica, o que acaba por contribuir para a baixa taxa de diagnóstico de Depressão.

- **Fatores relacionados com o sistema de prestação de cuidados:**

Relacionado com o contexto da prestação de cuidados, destaca-se o tempo limitado das consultas, com o conseqüente seguimento dos doentes em consultas breves e sucessivas, que muitas vezes tendem a adiar o diagnóstico da perturbação depressiva, que requer tempo e atenção pela exploração das várias dimensões que integram o paciente. Para além disso, o Médico de Família lida com um largo espetro de patologias e problemas associados aos seus doentes, pelo que as perturbações do foro mental, pelas razões que aqui têm sido enumeradas, tendem a ser deixadas para segundo plano.

Outros fatores importantes prendem-se com a mal estruturação e fragmentação dos cuidados de saúde, não suficientemente articulados entre os CSP e os Cuidados Psiquiátricos, com falta de integração de serviços de Saúde Mental nos cuidados primários e recursos humanos e financeiros inadequados para o devido efeito (OMS e Wonca, 2008).

- **Fatores sociais:**

Também algumas barreiras sociais podem dificultar o diagnóstico e tratamento da Depressão, nomeadamente o estigma, discriminação e ideias erradas sobre as perturbações mentais, presentes na sociedade em geral. Existe uma tendência em associar perturbações mentais com comportamento psicótico, irracional e violento ou, alternativamente, não se considera as perturbações mentais como verdadeiramente tratáveis (OMS e Wonca, 2008).

Desta forma, de modo a melhorar a abordagem da patologia psiquiátrica em contexto de cuidados primários, compreende-se que é necessário entendê-la como merecedora de maior tempo de consulta e investir na formação adequada dos Médicos

de Família para o âmbito da Saúde Mental. Adicionalmente, é importante que se adotem medidas como a criação de critérios de referência, a melhoria do acesso a Psiquiatras e Psicólogos, a melhoria da interação dos CSP com o Serviço de Psiquiatria da área de referência, bem como promover sessões de esclarecimento e sensibilização para a patologia psiquiátrica, destinadas aos doentes (Silva et al., 2013).

Depressão e Doenças Médicas nos CSP

Reconhecer a Depressão no contexto de cuidados primários, particularmente em pacientes com múltiplas patologias pode ser difícil. Deste modo, é importante reconhecer a existência desta multimorbilidade e perceber de que modo a mesma pode interferir na gestão das várias patologias.

A coexistência de Depressão e doenças médicas é reconhecida como uma realidade frequente, especialmente em situações de doença crónica e severa (Ostergaard & Foldager, 2011). Estima-se que a prevalência de Depressão na doença médica ronde entre os 15% e os 61% (Telles-Correia & Barbosa, 2009), sendo especialmente prevalente em populações mais idosas e com multipatologia (Menaar et al., 2015). Desta forma, no contexto clínico da MGF, esta associação torna-se particularmente importante, constituindo um desafio para os Médicos de Família.

São vários os estudos que mostram que pacientes com doenças crónicas apresentam uma maior prevalência de Depressão, identificando-se fortes associações entre esta e um amplo espectro de patologias médicas, tanto em amostras da população em geral como em contexto de cuidados primários (Stein et al., 2006). Segundo o estudo longitudinal de Patten (2001), com base numa amostra da comunidade, existe um risco aumentado de Depressão em praticamente qualquer doença médica crónica. Esse risco em pacientes com multipatologia médica, segundo vários autores, pode ser até 2 ou 3 vezes superior ao da população em geral (Coventry et al., 2011). No contexto específico dos CSP, também esta associação tem vindo a ser evidenciada, com prevalências que variam de estudo para estudo devido a variáveis metodológicas, mas que de uma forma geral apoiam uma maior prevalência de Depressão em pacientes com uma ou mais doenças médicas crónicas. A título de exemplo, Aragonès et al. (2004), num estudo transversal em contexto de cuidados primários, em Espanha, demonstrou uma prevalência de Depressão de 23% em pacientes com duas ou mais patologias crónicas, contrastando com a prevalência de 11% em pacientes sem qualquer patologia médica crónica.

No entanto, e como referido anteriormente, a associação entre Depressão e patologia médica, apesar de se encontrar bem estabelecida para um conjunto de patologias, para outras continua a ser um campo incerto de investigação. A Diabetes é uma das patologias mais estudadas neste âmbito, com vários estudos que corroboram a elevada prevalência de Depressão em pacientes diabéticos, embora a sua associação continue a levantar algumas questões relativamente aos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e a uma eventual necessidade e vantagem de rastreio e tratamento.

São também vários os estudos que demonstram que esta associação poderá estar relacionada com piores *outcomes* da doença médica. Num estudo organizado pela OMS, englobando 60 países com 245 404 participantes, e cujo objetivo era determinar a contribuição da Depressão para a diminuição do estado de saúde geral associado a condições médicas crónicas, a coexistência destas doenças com a Depressão mostrou diminuir o estado de saúde geral desproporcionadamente. Em particular, a multimorbilidade entre Diabetes e Depressão mostrou ter uma repercussão na saúde que excedia francamente aquela que seria previsível tendo em conta o impacto de cada uma das doenças isoladamente. Adicionalmente, a associação entre Diabetes e Depressão foi aquela que maior agravamento produziu nesse índice geral de saúde em relação a outras associações, como a artrite, a asma ou a doença coronária e a Depressão (Moussavi et al, 2007).

Este aspeto, associado ao facto de a DM ser uma das patologias mais prevalentes a nível mundial e uma das principais causas de mortalidade e morbilidade (OMS, 2016), torna o estudo da sua associação com a Depressão de extrema importância e relevância para a prática clínica, servindo de ponto de partida e referência para compreender a importância da multimorbilidade entre patologia mental e patologia física.

Associação entre Depressão e Diabetes

Prevalência da Multimorbilidade

A Depressão e a DM, quando avaliadas individualmente, são duas das doenças com maior prevalência na sociedade atual, constituindo um importante problema de saúde pública, com enorme impacto socioeconómico e na qualidade de vida da população (Felisberto et al., 2017).

A associação entre estas duas patologias é reconhecida desde há muito tempo, existindo referências datadas de 1675 em que Thomas Willis menciona o aparecimento frequente de Diabetes em pacientes com historial de vivências stressantes e longos períodos de tristeza (Lloyd et al., 2012). No entanto, só no Século XX começaram a surgir estudos epidemiológicos a correlacionar as duas patologias.

Nos últimos anos, a investigação tem fornecido evidências crescentes que suportam a associação entre Diabetes e Depressão, tendo-se comprovado um maior risco de Depressão na população diabética, bem como um maior risco de alterações da homeostasia da glicose na população com patologia depressiva (Felisberto et al., 2017).

Os primeiros estudos realizados nesse âmbito mostraram que as patologias psiquiátricas no geral eram mais prevalentes em pacientes com diagnóstico de DM do que em indivíduos saudáveis, devendo-se essa diferença essencialmente à patologia depressiva (Weyerer et al., 1989). Esta associação foi, posteriormente, confirmada numa meta-análise de Anderson et al. (2001), que constatou que a Depressão era cerca de duas vezes mais frequente em indivíduos com DM, comparativamente a indivíduos previamente saudáveis.

Trabalhos mais recentes voltam a confirmar esta associação entre Depressão e DM, procurando entender os mecanismos subjacentes à mesma. De acordo com Kreider (2017), estima-se que a prevalência de Depressão em pacientes com DM Tipo 1 seja aproximadamente três vezes superior à da população geral e cerca de duas vezes superior em pacientes com DM Tipo 2. Segundo este autor, esta associação verifica-se

com maior prevalência no sexo feminino e outros fatores de risco associados incluem o diagnóstico de DM numa idade jovem, elevado Índice de Massa Corporal (IMC), mau controlo glicémico e complicações associadas à DM.

Por outro lado, e apoiando uma relação bidirecional com semelhante relevância em ambos os sentidos, a literatura mostra também que a Depressão constitui um fator de risco independente para o desenvolvimento de DM (Roy & Lloyd, 2012). Segundo a meta-análise de Vancampfort et al. (2015), que procurou esclarecer a prevalência de DM tipo 2 em pacientes com Perturbação Depressiva Major, comparando-a com a mesma prevalência na população em geral, a DM tipo 2 é significativamente mais comum em pacientes com Depressão, com um risco relativo de 1.49 em comparação com a população geral. Mais uma vez, esta associação parece ser mais prevalente em mulheres jovens, com maior IMC, baixo nível de escolaridade e necessidade de apoio social (Felisberto et al., 2017).

Tendo em conta a prevalência da multimorbilidade entre Depressão e Diabetes no contexto dos CSP e compreendendo o desafio que esta acarreta à prática clínica da MFG, torna-se importante compreender os modelos explicativos que poderão estar na sua origem, bem como o impacto da mesma na abordagem dos doentes.

Mecanismos Etiopatogénicos Subjacentes

Apesar dos estudos anteriormente mencionados providenciarem evidência a favor de uma associação entre Depressão e DM, a natureza dessa mesma associação continua a ser uma importante questão no âmbito da Psicossomática.

Ainda que se possa considerar que o impacto psicológico da Diabetes contribua para a Depressão, tal não explica completamente a relação entre ambas, sugerindo que possam partilhar tanto fatores de risco como mecanismos fisiopatológicos.

De acordo com Telles-Correia e Barbosa (2009), os modelos que relacionam a Depressão e a doença médica têm sido de duas tipologias: biológica e comportamental. De facto, considerar e reduzir a associação entre estas patologias a uma causalidade estritamente biológica, ignorando o papel importante da vivência da própria doença

enquanto *stressor*, bem como o papel da história de vida do doente e de outros acontecimentos significativos, não parece apoiar o desenvolvimento que tem sido evidenciado na área da Psicossomática (Ouakinin, *in* Manual de Psiquiatria Clínica, 2014).

Segundo o modelo biológico, fatores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório medeiam a relação entre a doença física e a Depressão. Por outro lado, segundo o modelo comportamental, a Depressão influencia a doença médica por meio de fatores comportamentais, relacionados por exemplo com mecanismos de *coping* desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros. Em ambos os modelos, aceita-se uma correlação bidirecional em que a Depressão pode ser influenciada ou influenciar a doença médica.

Assim, e corroborando os dados epidemiológicos apresentados anteriormente, compreende-se que a associação entre Depressão e Diabetes é bidirecional, ou seja, não só a DM pode desencadear ou exacerbar perturbações depressivas, mas também estas podem precipitar ou agravar a DM (Ventura, 2011). No entanto, essa associação existe sem que estejam claramente definidos e conhecidos os mecanismos subjacentes à mesma (Roy & Lloyd, 2012). Vários mecanismos têm vindo a ser sugeridos por diferentes estudos, sendo os mais estudados relacionados com vias inflamatórias comuns, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, fatores metabólicos, fatores genéticos e um vasto leque de fatores comportamentais (Alzoubi et al., 2018).

- **Modelo Biológico:**

Na perspetiva do modelo biológico, o processo inflamatório parece ser o principal mecanismo subjacente à associação bidirecional entre Depressão e DM, estando implicado no desenvolvimento de ambas as patologias. Uma meta-análise de Haapakoski et al. (2015) observou uma elevação significativa dos níveis de biomarcadores inflamatórios, como a Proteína C Reativa (PCR) e a Interleucina-6 (IL-6), em pacientes com Depressão Major. Por outro lado, também na DM está bem documentado o papel da inflamação, com estudos a mostrar que níveis elevados de PCR predizem o desenvolvimento de DM tipo 2 (Alzoubi et al., 2018). O trabalho de Au et al.

(2014) destaca-se por ter avaliado o papel da inflamação na multimorbilidade entre DM e Depressão. Os autores investigaram, de um modo prospetivo, a associação de sintomas depressivos e níveis de PCR com a incidência de DM tipo 2, tendo verificado que esta incidência era maior em pacientes com sintomas depressivos e elevados níveis de PCR.

Outro mecanismo biológico que tem sido proposto assenta na disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, que parece estar presente em ambas as patologias. Estudos mostram que a Depressão e a DM tipo 2 estão frequentemente associadas a uma hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, com conseqüente aumento dos níveis de cortisol e aumento da resistência à insulina (Semenkovich et al., 2015).

Para além destas alterações no sistema endócrino, ambas as doenças parecem estar associadas a alterações neurológicas. O excesso de cortisol afeta negativamente a neurogénes e integridade do hipocampo, estrutura que faz parte do sistema límbico, responsável pela memória e processamento de emoções e que se encontra implicada quer na Depressão, quer na Diabetes (Felisberto et al., 2017).

Adicionalmente, vários estudos tentaram analisar a associação entre Depressão e DM do ponto de vista genético, pela eventual presença de variantes genéticas comuns, no entanto não foram encontradas associações significativas nos estudos realizados (Alzoubi et al., 2018).

- **Modelo Comportamental:**

Segundo o modelo comportamental, a Depressão pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento da DM por meio de fatores comportamentais associados à mesma (Roy & Lloyd, 2012). Indivíduos com patologia depressiva apresentam mais frequentemente comportamentos que representam um risco acrescido para a DM, nomeadamente a reduzida prática de atividade física e hábitos alimentares pouco saudáveis, que contribuem para o excesso de peso e resistência à insulina.

Também o sono parece correlacionar estas duas patologias, na medida em que os distúrbios de sono são frequentes na patologia depressiva e, por sua vez, a má qualidade do sono e alteração do ritmo circadiano parecem aumentar a resistência à insulina e o risco de DM tipo 2 (Holt et al., 2014).

Para além disso, alguns fármacos antidepressivos frequentemente utilizados no tratamento da Depressão estão associados a um maior risco metabólico, com consequente aumento do risco de desenvolver ou agravar a DM (Clarke et al., 2017).

Por outro lado, a Diabetes pode contribuir para o desenvolvimento de Depressão pela própria carga da doença crónica, tanto a nível da necessidade de uma especial atenção e controlo frequente da glicémia, como pelas medidas gerais requeridas para tal, nomeadamente a dieta mais restrita, a prática de exercício físico regular e o próprio tratamento associado (Clarke et al., 2017).

De realçar ainda que o processo de aceitação do diagnóstico de uma doença crónica como a DM é geralmente vivenciado como uma ameaça, que implica um processo adaptativo. Características individuais como a personalidade, os recursos cognitivos, a regulação emocional ou as estratégias de *coping* e fatores externos, como os acontecimentos de vida ou o suporte social, são determinantes nesse processo adaptativo e na compreensão da vulnerabilidade dos indivíduos aos *stressores* impostos pelo novo diagnóstico (Ouakinin, *in* Manual de Psiquiatria Clínica, 2014).

Independentemente dos modelos de causalidade, aceita-se que a Depressão contraria os esforços para atingir o controlo da Diabetes e vice-versa, quer por vias comportamentais quer por vias fisiológicas, o que proporciona um risco aumentado de complicações e uma maior morbilidade e mortalidade associadas, como será aprofundado em seguida (Ouakinin et al., 2008).

Impacto da Multimorbilidade entre Depressão e Diabetes

A complexidade associada à gestão da multipatologia, mais concretamente da coexistência de DM e Depressão, deve-se, em parte, ao facto de o impacto dessa multimorbilidade não resultar apenas de um efeito aditivo de ambas as patologias, mas sim da complexa interação entre elas.

A Depressão, para além das implicações clínicas que lhe são inerentes, assume nos doentes diabéticos uma influência marcada ao nível do bem-estar psicológico, autocuidado da doença e qualidade de vida (Felisberto et al., 2017), podendo acarretar dificuldades não só em termos de gestão da DM, mas também no que toca aos *outcomes* da mesma, condicionando uma desfavorável evolução da doença médica (Ali et al., 2006). Por este motivo, o impacto da Depressão em doentes diabéticos é uma área de investigação com particular interesse na prática clínica e será explorado em seguida.

- **Impacto na adesão terapêutica e comportamentos em saúde**

A patologia depressiva em pacientes com outras doenças médicas, como DM, pode conduzir a fatores comportamentais com impacto negativo na gestão da doença. Entre estes destacam-se o estilo de vida sedentário, o tabagismo e outros consumos nocivos, e a alimentação desequilibrada (Katon, 2003). Estes fatores comportamentais têm uma especial importância em pacientes diabéticos, uma vez que o controlo da DM requer a colaboração do paciente na concretização de medidas gerais de autocuidado para otimizar o tratamento médico eventualmente instituído.

Adicionalmente, doentes com patologia depressiva apresentam uma menor adesão à terapêutica, não só no que concerne às medidas gerais aconselhadas, como também à própria medicação para controlo da DM e respetiva avaliação regular da glicémia, quando indicada. Ciechanowski et al (2000), num estudo que teve como amostra pacientes com DM tipo 1 e DM tipo 2 no contexto de CSP, demonstrou que a gravidade dos sintomas depressivos estava associada a uma menor adesão às recomendações dietéticas e à terapêutica hipoglicemiante oral.

Uma meta-análise com mais de 16.000 participantes sugeriu, igualmente, que pacientes diabéticos com Depressão de qualquer nível de gravidade apresentam uma menor probabilidade de adquirir comportamentos de autocuidado adequados e uma menor adesão a cuidados de saúde importantes, como programas de rastreios e imunizações, contribuindo assim para um maior risco de complicações (Egede et al., 2009).

- **Impacto na perceção de sintomas médicos**

No que toca à perceção de sintomas, alguns estudos apontam que pacientes com doenças médicas bem definidas e Depressão apresentam significativamente mais sintomas considerados sem explicação médica do que os pacientes com a mesma patologia médica mas sem Depressão, após ajuste para a gravidade da doença médica (Katon, 2003).

No caso específico da DM, estudos também têm vindo a mostrar que os pacientes diabéticos com Depressão Major manifestam significativamente mais sintomas da Diabetes quando comparados com indivíduos diabéticos sem patologia depressiva, ajustando-se para a gravidade da DM (Holt et al., 2014). No estudo de Lustman et al. (1988), concluiu-se inclusive que, em pacientes diabéticos com Depressão, muitos dos sintomas frequentemente atribuídos à DM mal controlada (como a sede, poliúria, polifagia, hipersudorese, dificuldade de concentração ou fadiga) estão, na verdade, mais relacionados com a gravidade da patologia depressiva do que com o controlo glicémico (avaliado pela Hemoglobina Glicada (HbA1c)), pelo que isoladamente não são bons indicadores do controlo metabólico do doente. Isto explica, em parte, o subdiagnóstico de Depressão em pacientes diabéticos, uma vez que esta se pode manifestar com sintomas sobreponíveis aos da DM mal controlada, gerando alguma incerteza na validade clínica e diagnóstica das queixas somáticas nestes pacientes.

Uma possível explicação para o impacto da Depressão no aumento da perceção dos sintomas físicos assenta no facto de se considerar que os pacientes com doenças médicas crónicas e Depressão apresentam uma menor capacidade de adaptação à doença médica, tanto a nível das suas manifestações clínicas, como a nível da sua

gestão. Por conseguinte, estes pacientes tendem a apresentar mais sintomas físicos associados à doença médica de base, bem como sintomas de outros órgãos e sistemas, sem aparente relação com a sua condição médica (Katon, 2003).

Esta maior tendência à somatização, em parte, pode dificultar o cuidado e gestão eficazes da doença crónica, promovendo a realização de mais exames complementares, incentivando a prescrição de mais medicamentos para alívio das queixas sintomáticas e interferindo no autocuidado do doente (Kravitz & Ford, 2008).

Assim, quando doentes diabéticos apresentam um autorrelato que difere da avaliação objetiva do médico, quando têm queixas vagas múltiplas e mantidas ou dificuldades pouco claras em lidar com a sua Diabetes, ou quando se apresentam com uso excessivo de serviços de saúde, devemos ponderar a existência de uma perturbação depressiva associada, que deverá ser pesquisada pelos sintomas depressivos não somáticos (Góis, C., 2013).

- **Impacto a nível funcional**

Como previamente mencionado, tanto a Depressão como a DM contribuem, de forma significativa, para uma menor qualidade de vida dos pacientes, constituindo importantes causas de incapacidade e morbilidade.

Segundo a investigação de Ciechanowski et al. (2000), após ajuste para os dados demográficos, comorbilidade médica e gravidade da DM, os pacientes diabéticos com sintomas depressivos de maior gravidade apresentam um maior impacto no funcionamento físico e mental, assim como a nível profissional e social.

Estes achados podem ser explicados, em parte, pelo impacto que a Depressão tem na perceção dos sintomas. Segundo Lustman et al. (1988), e como mencionado anteriormente, os sintomas depressivos estão associados a uma pior perceção de saúde e de gestão da doença médica. O humor depressivo e os sentimentos frequentes de desamparo e desesperança tendem a afetar a capacidade do indivíduo adotar comportamentos de autocuidado, como por exemplo realizar uma dieta alimentar mais

saudável, monitorizar regularmente a glicémia e tomar os medicamentos de acordo com a indicação médica (Kravitz & Ford, 2008).

- **Impacto na utilização dos cuidados de saúde e custos em saúde**

Relacionando ainda com o impacto que a multimorbilidade entre Depressão e DM tem na perceção de sintomas e gravidade da doença, é possível que este se reflita num aumento da utilização dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, dos custos em saúde (P. Lustman et al., 1988).

O estudo de Ciechanowski et al. (2000) veio mostrar que os custos associados à saúde aumentam à medida que a gravidade dos sintomas depressivos aumenta. De acordo com o mesmo, os pacientes diabéticos com sintomas depressivos de elevada gravidade eram, de forma significativa, mais propensos a apresentar maiores custos associados à saúde, nas várias categorias estudadas (cuidados primários, serviço de urgência, internamento médico e cuidados de saúde mental).

De acordo com Simon et al. (2005), a coexistência de Depressão em pacientes diabéticos reflete-se num aumento de 50-75% dos custos em saúde, seja por consultas, internamentos hospitalares, testes laboratoriais, tratamentos ou intervenções cirúrgicas.

Estes dados vêm apoiar a evidência de que, em pacientes com múltiplas patologias em contexto de cuidados primários, a patologia depressiva contribui, de forma independente e significativa, para o aumento da utilização de cuidados de saúde e custos associados.

- **Impacto na relação médico-doente**

Alguns estudos mostram também que a relação médico-paciente é afetada nos doentes que apresentam multimorbilidade entre Depressão e patologia médica, nomeadamente DM. Segundo Katon et al. (2005), estes pacientes apresentam, geralmente, um menor grau de satisfação relativamente ao atendimento médico e ao

tratamento instituído, quando comparados com pacientes diabéticos sem patologia depressiva.

Existem várias justificações possíveis para esta evidência, sendo umas das mais plausíveis relacionada com o impacto que esta multimorbilidade tem na perceção dos sintomas e gravidade da doença, que pode interferir também ao nível da perceção que o doente tem dos cuidados de saúde a que tem acesso. Uma vez que estes doentes tendem a apresentar mais manifestações físicas e um maior impacto a nível funcional, apresentam também uma maior probabilidade de verem estes problemas persistirem apesar do acompanhamento médico, devido à maior complexidade que a multimorbilidade acarreta na gestão das doenças.

Outra justificação defendida tem por base a teoria da Vinculação no adulto. Segundo John Bowlby (1988), as experiências e vivências precoces são determinantes no desenvolvimento psicossocial do ser humano, podendo apresentar um impacto significativo na saúde mental dos indivíduos. Neste sentido, muitos foram os estudos que se debruçaram sobre o papel dos estilos de vinculação na patologia psiquiátrica, inclusive na Depressão, tendo demonstrado que esta se associa a taxas mais altas de experiências adversas na infância e, conseqüentemente, a estilos de vinculação inseguros (Bifulco et al., 2002).

Por sua vez, estes estilos de vinculação parecem influenciar, de forma significativa, as interações relacionais dos indivíduos, incluindo a relação que estabelece com os prestadores de cuidados de saúde. Admite-se, assim, que indivíduos com patologia depressiva, que tendencialmente poderão apresentar um estilo de vinculação inseguro, apresentam uma maior dificuldade de comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica com o médico, o que poderá comprometer a adesão às medidas recomendadas e respetivo controlo da doença. Esta evidência foi reconhecida por Ciechanowski et al. (2001), num estudo que desenvolveu em pacientes diabéticos, tendo demonstrado que os doentes que apresentavam um estilo de vinculação inseguro apresentavam uma menor adesão à terapêutica e, conseqüentemente, um pior controlo glicémico.

- **Impacto no risco de complicações e mortalidade**

Por fim, e tendo como contributo todos os aspetos mencionados anteriormente, a multimorbilidade entre Depressão e DM contribui, de forma significativa, para uma maior morbilidade e mortalidade. O prognóstico de ambas as patologias, em termos de gravidade da doença, complicações, resistência ao tratamento e mortalidade, é pior quando as mesmas coexistem no mesmo paciente do que quando ocorrem isoladamente (Roy & Lloyd, 2012).

Além do papel potencial da Depressão no aumento do risco de desenvolver DM, alguns estudos revelam que a mesma pode também contribuir para um pior controlo glicémico em doentes diabéticos. Numa meta-análise de 24 estudos, Lustman et al. (2000) encontraram uma associação significativa entre Depressão e hiperglicemia em pacientes diabéticos. No entanto, os achados sobre esta associação são discrepantes nos estudos realizados em adultos, com alguns destes a apoiar o papel da Depressão na deterioração da HbA1c, enquanto outros não mostraram qualquer efeito (Holt et al., 2014). Não obstante, a justificação pela qual a Depressão poderá contribuir negativamente para o controlo glicémico não é totalmente compreendida, podendo estar relacionada com o impacto da multimorbilidade sobre os comportamentos de autocuidado e adesão à terapêutica (Alzoubi et al., 2018).

Adicionalmente, a Depressão associa-se a um maior risco e a uma maior gravidade das várias complicações associadas à DM, embora os mecanismos que justifiquem esta associação também não sejam completamente conhecidos (Holt et al., 2014).

Lin et al. (2010), num estudo longitudinal com mais de 4000 pacientes com DM tipo 2 em contexto de CSP, demonstrou que a coexistência de Depressão estava associada a um aumento de 36% do risco de complicações microvasculares e de 24% do risco de complicações macrovasculares, após um período de 5 anos. De salientar que estes resultados foram obtidos após ajuste para outros fatores de risco, nomeadamente sociodemográficos, clínicos (duração da DM, HbA1c, complicações prévias da DM, insulino-terapia) e comportamentais (sedentarismo, obesidade, tabagismo), pelo que alguns autores consideram a Depressão um fator de risco independente para as complicações da DM.

Por conseguinte, podemos compreender que o impacto da Depressão no controlo glicémico e no risco de complicações da DM sugere que a mesma também esteja associada a um aumento da mortalidade nos pacientes diabéticos (Alzoubi et al., 2018).

Uma meta-análise de 16 estudos longitudinais, realizada por van Dooren et al. (2013), revelou um aumento significativo de 46% no risco de mortalidade por todas as causas em pacientes diabéticos com Depressão, comparativamente àqueles sem patologia depressiva. Com base nos resultados de 5 dos 16 estudos incluídos, a mesma meta-análise demonstrou um aumento significativo de 39% no risco de mortalidade por causa cardiovascular, nos doentes diabéticos com patologia depressiva.

Outros estudos confirmam também esta associação, demonstrando que tanto a Depressão como a DM estão, de forma independente, associadas a um aumento da mortalidade por todas as causas e que, quando coexistem, apresentam um maior impacto na mortalidade do que a meramente aditivo (Black et al., 2003).

- **Impacto na abordagem da Depressão**

Apesar de nos tópicos supramencionados se ter dado uma especial ênfase ao impacto da Depressão na doença médica, à luz da associação bidirecional explorada anteriormente, a multimorbilidade não coloca obstáculos apenas na gestão da doença médica, sendo também evidente a dificuldade que incute na abordagem da patologia depressiva.

A carga física e emocional de doenças crónicas como a DM pode dificultar o reconhecimento, diagnóstico e gestão da Depressão. Tal como a Depressão, a DM tem um impacto significativo a nível funcional, principalmente quando associada a um pior controlo glicémico e existência de complicações, levando a sentimentos de frustração, ansiedade e desesperança que podem exacerbar os sintomas depressivos e interferir nas intervenções dirigidas ao tratamento da Depressão.

Por outro lado, os pacientes com patologia depressiva e médica concomitantes muitas vezes acabam por atribuir uma maior importância à doença médica, subestimando os sintomas depressivos e conduzindo as consultas com foco nos

sintomas físicos. O conseqüente atraso de diagnóstico da Depressão não só dificulta a sua abordagem e tratamento, como também os torna mais complicados para a doença médica.

Um terceiro obstáculo diz respeito ao tratamento da multimorbilidade e às interações medicamentosas que poderão advir do mesmo. Dada a prevalência de multipatologia no contexto de CSP, não podemos desprezar o cenário frequente de polimedicação e complexidade de regimes terapêuticos a que alguns pacientes estão submetidos. Neste contexto, adicionar tratamento farmacológico para a Depressão aumenta a probabilidade de interações medicamentosas em pacientes já polimedicados, pelo que muitas vezes é dada uma certa prioridade ao tratamento das várias patologias médicas, protelando-se o tratamento da Depressão.

A agravar esta situação, sabe-se que alguns medicamentos utilizados no tratamento da Depressão podem apresentar propriedades farmacológicas que os tornem menos benéficos no contexto de certas doenças médicas. Por exemplo, alguns antidepressivos interferem no controlo metabólico, o que poderá ser particularmente deletério em pacientes com DM.

Em suma, tendo em conta o impacto nas várias dimensões exploradas anteriormente, compreende-se que a multimorbilidade entre Depressão e DM constitui um desafio à prática clínica que não se limita à gestão das patologias individualmente, mas reflete-se na abordagem global do paciente.

De seguida, apresenta-se um esquema resumo adaptado de Katon (2003), que ilustra a associação bidirecional entre Depressão e patologia médica crónica, evidenciando os mecanismos fisiopatológicos subjacentes e o impacto clínico dessa mesma multimorbilidade, explorados anteriormente.

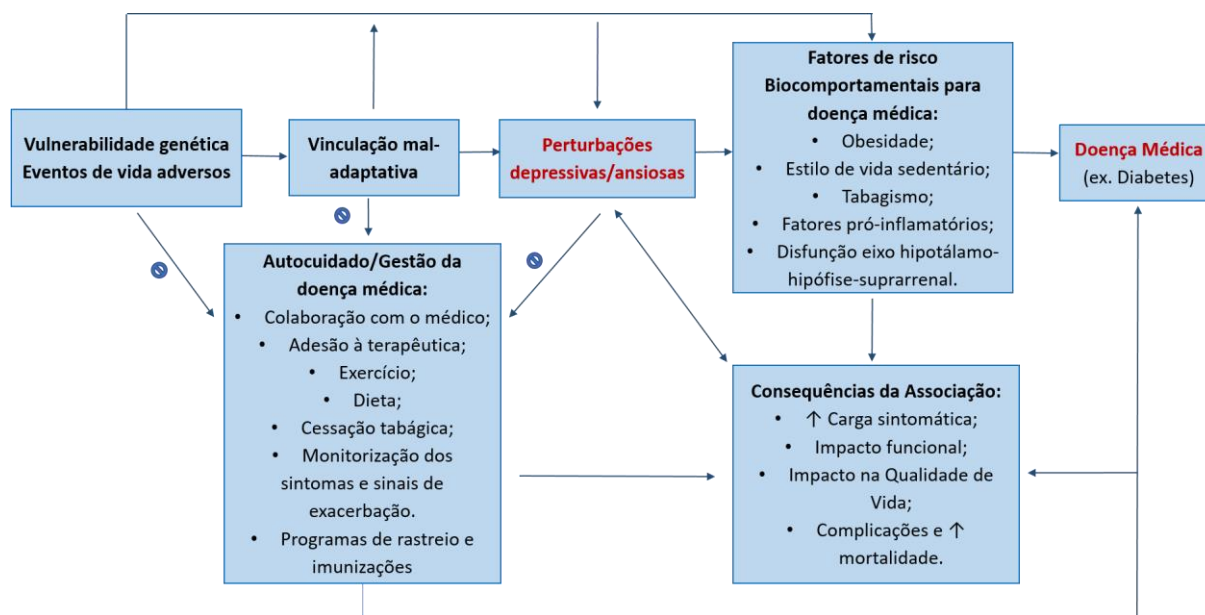


Figura 2- Relação Bidirecional entre Depressão e doenças médicas crônicas

Adaptado de Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptom and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-226. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00273-7)

Implicações da Multimorbilidade na Prática Clínica

Tendo em conta o impacto da multimorbilidade entre Depressão e DM nas várias vertentes exploradas na secção anterior, compreende-se que essa associação culmina em várias implicações para a prática clínica, em particular da MGF que lida frequentemente com situações de multipatologia.

Uma vez que o impacto da multimorbilidade resulta de uma associação bidirecional, em que a Depressão e a DM influenciam-se mutuamente, dificultando a gestão e controlo de ambas, compreende-se que é necessário dar igual ênfase ao tratamento de ambas as patologias, de modo a obter melhores resultados nos seus *outcomes* (Holt et al., 2014).

Para tal, em primeiro lugar, é fundamental contrariar a tendência do subdiagnóstico de Depressão em pacientes com multipatologia médica e reconhecê-la o mais atempadamente possível nos doentes diabéticos.

Screening de Depressão nos CSP

No contexto dos CSP, entre as várias prioridades concorrentes que muitas vezes vão além do tempo de consulta limitado, as subtis nuances de uma Depressão não diagnosticada por vezes acabam por passar despercebidas face a dados mais objetivos e evidentes associados à DM, como a HbA1c, a glicémia em jejum ou mesmo outros achados no exame físico.

As taxas de *screening* de Depressão entre os pacientes com doenças médicas crónicas são baixas, com cerca de 70% dos doentes com multipatologia não sendo rastreados para tal (Barnacle et al., 2016).

O *screening* de Depressão nos CSP é um assunto controverso e que tem sido fortemente debatido nas últimas décadas, com recomendações que se têm modificado ao longo do tempo. Recomendações formais a favor de uma deteção sistemática de Depressão em contexto clínico de CSP, desde que haja recursos para diagnóstico preciso, tratamento efetivo e seguimento adequados, foram enunciadas pela primeira vez em

2002, pela *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) (US Preventive Services Task Force, 2002). No entanto, tal recomendação não se mostrou muito favorável em proporcionar mudanças na prática clínica, uma vez que continuavam a existir barreiras significativas para tal. De acordo com um relatório do *Institute of Medicine*, as principais barreiras para a integração do *screening* de Depressão na prática clínica dos CSP consistiam essencialmente na dificuldade em gerir a multipatologia dos doentes no tempo limitado de consulta, na falta de recursos e instrumentos validados para tal e na fraca evidência de benefícios em termos de *outcomes* (Institute of Medicine, 1996).

De facto, nos anos subsequentes à publicação da recomendação da USPSTF, os estudos realizados neste âmbito demonstravam modestos benefícios quando a intervenção era exclusivamente focada na Depressão, o que levantou dúvidas relativamente à utilidade da deteção sistemática de Depressão nos CSP (Barnacle et al., 2016). A par disso, preocupações relativas aos custos associados à adoção de programas de rastreio, à mobilização dos recursos para tais atividades de rastreio e ainda eventuais riscos associados à elevada taxa de falsos positivos, levaram a uma crescente divisão das recomendações (Thombs et al., 2012), com outras sociedades como a *United Kingdom's National Institute for Health and Clinical Excellence* a não recomendarem o rastreio por rotina de Depressão em CSP (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

Apesar da controvérsia existente sobre este tema, outros estudos mais recentes têm vindo a demonstrar benefícios mais evidentes quando o diagnóstico de Depressão e seu tratamento são integrados na abordagem de outras condições médicas crónicas coexistentes, como é o caso da Diabetes, e quando se consideram os *outcomes* relacionados com essa multimorbilidade.

Neste sentido, e apesar de também ser algo controverso, algumas sociedades recomendam o rastreio de Depressão em pacientes diabéticos. Tendo em conta a prevalência e o impacto da multimorbilidade entre Depressão e DM, a *American Diabetes Association* recomenda uma avaliação psicossocial como parte integrante da gestão da doença médica, na qual inclui o rastreio de Depressão (American Diabetes Association, 2013). Esta avaliação deverá ser realizada anualmente, aquando do diagnóstico de complicações da DM ou caso se verifiquem mudanças significativas no

tratamento (como por exemplo, início de terapêutica com insulina) ou nas circunstâncias de vida (Kreider, 2017). Apesar de recomendarem a utilização de instrumentos de *screening* validados, estas diretrizes não emitem nenhuma recomendação sobre qual o melhor instrumento a utilizar para o devido efeito.

- **Instrumentos de *Screening* de Depressão:**

Estão disponíveis múltiplos questionários que podem auxiliar os Médicos de Família a identificar patologia depressiva em pacientes com outras doenças médicas, não havendo, no entanto, nenhum específico para doentes diabéticos. Sem se pretender produzir uma revisão extensa dos instrumentos existentes, que ultrapassaria o âmbito do presente trabalho, salientar-se-á apenas dois dos mais utilizados e validados na prática clínica, com particular interesse no contexto dos CSP.

O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) é um dos instrumentos mais utilizados nos estudos que envolvem pacientes com patologias médicas, tendo a particularidade de excluir sintomas somáticos de modo a evitar a sobreposição de sintomas comuns à Depressão e às doenças médicas coexistentes. É um questionário de autoavaliação e consiste em duas subescalas que avaliam individualmente a Ansiedade e a Depressão, cada uma com 7 itens e classificadas separadamente. Cada item é respondido numa escala ordinal de 4 pontos (0-*inexistente*; 3- *muito grave*), num total máximo de 21 pontos para cada uma das subescalas (Telles-Correia & Barbosa, 2009), sendo que uma pontuação igual ou superior a 11 indica um provável diagnóstico de Depressão ou Ansiedade consoante a subescala. Esta ferramenta encontra-se validada para a português (Pais-Ribeiro et al., 2007) e apesar de o seu nome sugerir a população hospitalar, é também usada nos CSP e na população geral (Cameron et al., 2008).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Spitzer et al., 1999) é o questionário mais frequentemente utilizado e validado em pacientes diabéticos. Caracteriza-se por ser um instrumento de autoavaliação e de aplicação relativamente rápida, contendo 9 questões que abordam os critérios de diagnóstico de Depressão Major do DSM-IV, permitindo a avaliação da presença de sintomas depressivos e da sua gravidade. Cada questão é

respondida numa escala ordinal de 4 pontos (0 – *nunca*; 3 – *quase todos os dias*), num total máximo de 27 pontos, com valores elevados relacionados com uma maior gravidade da Depressão (0-5: *ausência de sintomas*; 6-9: *sintomatologia leve*; 10-14: *sintomatologia moderada*; 15-19: *sintomatologia moderada a severa*; >20: *sintomatologia severa*) (Kroenke et al., 2001). O questionário também inclui um item final pedindo aos pacientes que relataram algum problema nos itens anteriores que respondam à questão: “Até que ponto é que esses problemas dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”. Este último item é respondido numa escala que apresenta as seguintes opções: “não dificultaram”, “dificultaram um pouco”, “dificultaram muito” e “dificultaram extremamente”. O PHQ-9 encontra-se validado na população portuguesa (Torres et al., 2016) e as suas características tornam-no particularmente útil no contexto de CSP, sendo o primeiro instrumento de autoavaliação com carácter diagnóstico desenvolvido para aplicação em cuidados primários (Spitzer et al., 1999).

- **Screening de Diabetes em pacientes com Depressão:**

Apenas como observação e com o intuito de voltar a realçar a bidirecionalidade da associação entre Depressão e DM, destaca-se que existem também algumas recomendações sobre o rastreio de Diabetes em pacientes com patologia depressiva (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2012; European Psychiatric Association, 2009). Segundo a *European Psychiatric Association*, a avaliação analítica da glicémia em jejum deve ser realizada antes de iniciar o tratamento com psicofármacos. A frequência desta avaliação dependerá do histórico médico do paciente e da presença de outros fatores de risco. Para pacientes com avaliação inicial normal e sem fatores de risco acrescidos, é recomendado que as análises sejam repetidas entre 6 a 12 semanas após o início do tratamento e pelo menos anualmente a partir daí. Adicionalmente, durante a fase inicial do tratamento, é importante realizar uma avaliação regular do peso, de modo a identificar os doentes em que se verifica um aumento ponderal com o tratamento antidepressivo. Por outro lado, em pacientes que apresentem alterações da glicémia de base (tendo ou não o diagnóstico de DM) as análises devem ser realizadas mais regularmente (aproximadamente a cada 3-6 meses) (Vancampfort et al., 2015).

Não obstante, estas recomendações poderão ser adaptadas ao tipo de tratamento realizado e às informações existentes sobre os diferentes psicofármacos.

Tratamento da Depressão em pacientes diabéticos

Embora seja um importante e necessário passo na abordagem da multimorbilidade, o *screening* de Depressão não é suficiente para melhorar os *outcomes* em pacientes diabéticos, sendo que para tal deverá seguir-se uma abordagem terapêutica adequada e integrada com o tratamento da Diabetes.

O tratamento da Depressão em pacientes diabéticos, pelos vários motivos já mencionados, deve ser encarado como uma prioridade, não só para remissão dos sintomas depressivos, mas também para melhorar os *outcomes* da DM. Durante muito tempo, os indivíduos diabéticos eram especificamente excluídos dos ensaios realizados sobre o tratamento da Depressão, razão pela qual há relativamente poucos estudos nessa população. No entanto, alguns estudos mais recentes mostram que tanto a psicoterapia como os antidepressivos são eficazes a tratar os sintomas depressivos nestes pacientes, embora com efeitos variados no controlo glicémico.

No que diz respeito à dimensão psicoterapêutica, o princípio básico do estabelecimento de uma aliança terapêutica no contexto de uma relação empática é transversal a todas as intervenções, entre as quais se destacam a terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, técnicas psicoeducativas e de aconselhamento e suporte (Ouakinin, *in* Manual de Psiquiatria Clínica, 2014).

Nos pacientes diabéticos, parece haver uma melhor resposta quando a psicoterapia é combinada com intervenções de educação para a Diabetes, uma vez que, desta forma, são também providenciadas estratégias de autocuidado e gestão da mesma, o que se traduz numa redução do recurso aos serviços de saúde, numa maior adesão à terapêutica e numa facilitação da mudança de comportamentos. Segundo Lustman et al. (1998), a associação entre terapia cognitivo-comportamental e intervenções de educação para a Diabetes mostrou ser eficaz na remissão da Depressão em pacientes diabéticos (85% versus 27,3% do grupo controlo somente com educação terapêutica), com efeito benéfico adicional no controlo glicémico, evidenciado 6 meses após a fase

de tratamento agudo. Este ligeiro atraso do impacto da psicoterapia no controlo glicémico parece traduzir o tempo necessário para que as mudanças a nível psicológico se traduzam em alterações no controlo metabólico, e é evidenciado na maioria dos estudos realizados neste âmbito.

Um outro estudo clínico, desenvolvido em Portugal e com o objetivo de investigar o papel da terapia interpessoal no tratamento da Depressão em pacientes diabéticos, demonstrou mais uma vez que a psicoterapia constitui uma opção terapêutica válida nestes doentes. Neste estudo concluiu-se que a terapia interpessoal apresenta resultados similares à terapêutica farmacológica com Sertralina em termos de remissão dos sintomas depressivos e do controlo glicémico em pacientes com DM tipo 2, embora esses efeitos se evidenciem mais lentamente (Gois et al., 2012).

No que toca ao tratamento farmacológico, estudos sobre a utilização de antidepressivos em pacientes com DM tipo 1 ou tipo 2 demonstraram uma melhoria dos sintomas depressivos semelhante à observada na população em geral, embora com efeitos variados a nível metabólico. No entanto, os ensaios clínicos realizados em pacientes diabéticos são significativamente escassos, heterogêneos em termos de metodologia e limitados a determinados medicamentos antidepressivos mais comumente utilizados, pelo que continuam a existir lacunas substanciais a nível de evidência da eficácia do tratamento antidepressivo em pacientes diabéticos, bem como ao nível da existência de dados sobre o seu efeito no controlo glicémico e eventuais interações medicamentosas.

Não obstante, todas os antidepressivos parecem ter eficácia semelhante em termos de controlo da Depressão, pelo que a escolha do antidepressivo vai depender do perfil de efeitos adversos, da preferência do doente e da resposta individual ao mesmo. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são menos cardiotóxicos do que os antidepressivos tricíclicos e parecem ser mais seguros a nível metabólico, sendo assim o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes diabéticos. A Sertralina, em particular, parece apresentar efeitos benéficos a nível de controlo glicémico. De acordo com Lustman et al. (2006), através de um estudo em indivíduos diabéticos, a Sertralina demonstrou ser eficaz no tratamento de fase aguda do episódio depressivo major, bem

como no prolongamento significativo do período sem recorrências. Para além disso, verificou-se uma melhoria significativa no controlo metabólico, obtida durante a fase de tratamento agudo com Sertralina e que se manteve ao longo do seguimento de um ano.

Alguns antidepressivos como a Mirtazapina, Paroxetina e certos antidepressivos tricíclicos estão associados a aumento de peso e são menos adequados em pacientes diabéticos devido ao agravamento potencial da resistência à insulina e, conseqüentemente, do controlo glicémico.

Por outro lado, outros antidepressivos como a Bupropiona, para além da sua eficácia na remissão mantida da Depressão, parece levar a uma melhoria do controlo metabólico, a par da redução do IMC e da massa gorda total. Para além disso, o facto da Bupropiona ser um antidepressivo desprovido de efeitos negativos sobre a função sexual, ao contrário dos ISRS, faz com que se reúnam características favoráveis para a sua utilização no tratamento de Depressão em doentes diabéticos (Lustman et al., 2007).

Importância da Intervenção Multidisciplinar na Gestão da Multimorbilidade

Mais do que tentar definir uma abordagem terapêutica específica nestes doentes, é importante compreender que as situações de multimorbilidade, na sua maioria e pelos vários motivos que têm vindo a ser expostos, requerem um tratamento coordenado e holístico, orientado tanto para os problemas de saúde física como mental, que muitas vezes não são passíveis de ser dissociados e abordados isoladamente. Tendo em conta as particularidades dos CSP e da MGF, podemos compreender que estes possuem as melhores condições para prestar este tipo de abordagem (OMS e Wonca, 2008), sendo fundamental que esta privilegie a intervenção em equipa multidisciplinar e que priorize a integração de diferentes níveis de cuidados de saúde.

Uma vez identificados os doentes com multipatologia e conseqüente complexidade associada, um aspeto importante na sua gestão passa por promover a continuidade de cuidados e assegurar a reavaliação sistemática dos seus diagnósticos, da adequação dos tratamentos instituídos e das suas preocupações (Prazeres & Santos, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020).

No que toca à intervenção, é fundamental priorizar ações, identificando-se quais os problemas que representam maior preocupação para o doente e explorando opções de abordagem aceitáveis e pensadas especificamente para o indivíduo em questão. É importante também que o doente ou seu cuidador desempenhe um papel ativo na gestão da sua multimorbilidade, promovendo-se, para tal, medidas de autocuidado e intervenções de educação para a saúde (Prazeres & Santos, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020).

Paralelamente a tudo isto, é importante haver uma coordenação e integração de cuidados. Ou seja, nos doentes com multimorbilidade e, conseqüentemente, com vários prestadores de cuidados envolvidos, é necessário existir um tempo dedicado ou uma pessoa na equipa de cuidados que se responsabilize pela gestão destes casos, estabelecendo a comunicação interdisciplinar necessária e procurando fornecer soluções de cuidados focados nas interações entre os vários problemas do doente (Prazeres & Santos, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020). Esta gestão permitirá uma melhor orientação do mesmo e uma referenciação mais eficiente, quando assim for necessário. Por fim, é importante rever sempre toda a organização de cuidados, garantindo que todos contribuam para objetivos comuns, em prol do doente em questão (Prazeres & Santos, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020).

Esta integração e coordenação de cuidados é fundamental, pois permite uma resposta assistencial mais eficiente, melhorando a acessibilidade aos serviços e a qualidade dos cuidados prestados, com uma relação custo-benefício satisfatória (Couto, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020). Para além disso, a par da crescente complexidade da atividade clínica e do amplo espectro de necessidades dos pacientes, o trabalho em equipa é uma realidade cada vez mais necessária, permitindo melhorar a rentabilidade e os resultados em saúde, tanto em termos diagnósticos, como a nível terapêutico e de suporte e apoio aos pacientes (Couto, *in* Medicina Geral e Familiar, 2020).

No contexto específico da Depressão e Diabetes, a *American Diabetes Association* afirma que a abordagem psicossocial recomendada aos pacientes diabéticos deve ser feita no âmbito de um modelo colaborativo e centrado no paciente. Uma vez que a integração de cuidados de saúde mental e física parece melhorar os resultados obtidos

nos pacientes diabéticos com patologia depressiva, os Médicos de Família deverão procurar trabalhar conjuntamente com equipas de saúde mental, idealmente familiarizadas com o contexto clínico da DM, de modo a providenciar a abordagem psicossocial que se tem mostrado benéfica neste contexto e que deve ser articulada com o tratamento médico instituído (Young-Hyman et al., 2016).

Este modelo colaborativo de cuidados tem vindo a revelar resultados animadores. De acordo com o *Pathways Study*, um estudo em contexto de CSP que recrutou mais de 300 doentes diabéticos com patologia depressiva concomitante, o tratamento da Depressão baseado no modelo colaborativo entre Enfermeiro, Médico de Família e Psiquiatra demonstrou uma melhoria significativa dos sintomas depressivos durante o follow-up de um ano, embora sem alteração significativa no controlo metabólico. De acordo com os autores, os níveis relativamente baixos de HbA1c na amostra utilizada poderá ter limitado a efetividade da intervenção no controlo glicémico. Adicionalmente, os resultados sugerem que a intervenção direcionada apenas à Depressão, mesmo tendo como base um modelo colaborativo, não é suficiente para alcançar benefícios significativos no controlo glicémico. De forma a obter-se melhores resultados em ambas as patologias, dever-se-á optar por uma abordagem biopsicossocial, que foca tanto a gestão da Depressão como da Diabetes (Katon et al., 2004).

Num outro estudo, também em contexto de CSP, que envolveu pacientes com doenças médicas crónicas como Diabetes ou Doença Coronária e Depressão concomitante, a abordagem integrada da patologia depressiva e da doença médica, assente num modelo colaborativo semelhante ao do *Pathways Study*, demonstrou melhoria tanto dos sintomas depressivos como dos *outcomes* médicos (HbA1c, colesterol LDL, pressão arterial sistólica) (Katon et al., 2010), corroborando a importância de um tratamento coordenado e holístico.

Esta articulação de cuidados e trabalho em equipa é fundamental na abordagem da associação entre Depressão e Diabetes, atenuando o seu impacto nas várias dimensões exploradas anteriormente e garantindo assim melhores resultados na saúde destes pacientes. No entanto, não podemos ignorar que os desafios para alcançar este modelo de cuidados continuam a ser consideráveis, destacando-se a escassez de profissionais

ou equipas de saúde mental a trabalhar diretamente com os médicos de família, a indefinição de critérios para referenciação e o longo tempo de espera para a efetivação da mesma e, não menos importante, as longas listas de utentes por médico de família que dificultam a gestão da complexidade associada a cada um deles.

Conclusão

A multimorbilidade constitui um dos maiores desafios da Medicina no século XXI, estando cada vez mais presente na prática clínica geral, com especial destaque nos CSP. Esta realidade afeta uma proporção assinalável da população portuguesa, estando particularmente associada a faixas etárias mais elevadas, ao sexo feminino e a escalões socioeconómicos mais baixos (Quinaz Romana et al., 2019).

O impacto da multimorbilidade não se resume ao somatório das múltiplas patologias coexistentes, mas da complexa interação entre elas. Para além do impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, a multimorbilidade acarreta desafios e custos acrescidos ao sistema de saúde, estando associada a uma maior utilização dos cuidados de saúde (Quinaz Romana et al., 2019).

Adicionalmente, esta realidade coloca vários desafios à prática clínica da MGF, exigindo uma abordagem individualizada a cada paciente, integrando as várias patologias associadas. Para tal, o médico deverá integrar o seu conhecimento clínico e a melhor evidência científica na singularidade do paciente que tem à sua frente, não esquecendo as limitações das NOC no contexto da complexidade associada à multimorbilidade. De igual forma, estes desafios vêm salientar a importância de um modelo de prática clínica centrado no paciente, em oposição ao centrado na doença.

Apesar do amplo espectro de patologias que poderão demonstrar alguma associação entre si, alguns estudos mostram que as doenças cardiometabólicas e mentais são as que se encontram mais frequentemente associadas a situações de multipatologia (Prazeres & Santiago, 2015), com um impacto nos resultados em saúde que não pode ser ignorado.

Com a crescente importância da patologia mental na sociedade atual, cada vez mais se lida, na prática clínica, com a complexa associação entre doença mental e doença física. A Depressão e a Diabetes *Mellitus* são duas patologias com enorme expressão na população portuguesa, com marcada morbimortalidade associada (Felisberto et al.,

2017). A associação entre estas duas patologias é particularmente frequente em CSP e tem sido extensamente estudada.

A presente revisão narrativa permitiu constatar que esta associação apresenta uma natureza bidirecional, através da qual a Depressão e a Diabetes se influenciam mutuamente. Vários mecanismos fisiopatológicos têm vindo a ser sugeridos para explicar a associação entre estas duas patologias, sendo os mais estudados relacionados com vias inflamatórias comuns, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, fatores metabólicos e fatores comportamentais (Alzoubi et al., 2018).

O impacto que esta associação tem na gestão da saúde do paciente é evidente, condicionando uma desfavorável evolução tanto da Diabetes como da Depressão, que se reflete num impacto a nível funcional e em maiores taxas de complicações e mortalidade. Por este motivo, considera-se fundamental abordar ambas as patologias de modo a se obter melhores resultados nos seus *outcomes* (Holt et al., 2014).

Estas evidências permitem-nos constatar a importância da abordagem integrada da Saúde Mental em cuidados primários, de forma a contrariar a tendência do subdiagnóstico e subtratamento da patologia mental. Recomendações de organizações internacionais para o tratamento da Diabetes, como a *American Diabetes Association*, expressam a vantagem em integrar a avaliação psicossocial na abordagem médica, realizando o rastreio regular de Depressão em doentes diabéticos.

Esta perspetiva realça dois aspetos relevantes para os objetivos do presente trabalho. O primeiro passa pela importância de haver instrumentos e ferramentas de apoio validadas para ajudar na deteção precoce de Depressão em doentes com multipatologia, bem como sistemas informáticos adequados a apoiar a decisão clínica neste contexto (Santos, 2008). O segundo aspeto consiste na necessidade de desenvolver modelos de intervenção multidisciplinar, de modo a se promover a prestação de cuidados coordenados e holísticos, orientados para as especificidades do doente em questão e sua multipatologia.

Uma vez que o Médico de Família constitui habitualmente o primeiro ponto de contacto do paciente com o sistema de saúde, este acaba por assumir um papel

primordial na gestão desta multimorbilidade, que passa não só pela identificação e tratamento precoces das patologias, como também pela gestão eficiente dos recursos de saúde, coordenando a prestação de cuidados e cooperando com outros profissionais sempre que necessário.

Em suma, estas evidências sustentam a importância da MGF nos cuidados aos doentes com multimorbilidade, reforçando que os serviços de saúde devem ter uma sólida e organizada base de cuidados primários (Santos, 2008). Para além disso, a crescente importância e prevalência de situações de multimorbilidade justifica a urgência de se reforçar, em vez de fragmentar, a continuidade e coordenação de cuidados oferecidos a estes doentes (Santos, 2008).

Por estes motivos, a abordagem da multipatologia é uma área a privilegiar, quer na formação médica, como na investigação em saúde. O presente trabalho poderá ser encarado como um ponto de partida para estudos futuros que se debrucem na intrínseca associação entre saúde física e mental e na complexa área da multimorbilidade. A existência de evidência no que toca à realidade nacional poderá contribuir para uma gestão mais eficiente destes doentes, que constituem cada vez mais a regra dos serviços de saúde em Portugal (Quinaz Romana et al., 2019).

Agradecimentos

A elaboração do presente Trabalho Final de Mestrado contou com o apoio imprescindível de várias pessoas, sem as quais o mesmo não se teria concretizado e a quem dirijo os meus mais sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Cristina Ribeiro, pela sua orientação, disponibilidade, apoio e incentivo que sempre demonstrou. Agradeço por ter acreditado desde o início neste trabalho e ter aceite o desafio de me acompanhar ao longo do mesmo. O interesse e dedicação com que o fez foram, sem dúvida, uma importante fonte de motivação e aprendizagem.

A todos os amigos e colegas de curso que, direta ou indiretamente, auxiliaram na elaboração do presente trabalho. Agradeço o apoio, as palavras de encorajamento e todos os momentos que fizeram parte desta caminhada conjunta.

Ao meu namorado, por ser o meu maior apoio e estar sempre ao meu lado neste longo percurso. Agradeço a paciência e todos os esforços para compreender as minhas dificuldades e ajudar-me a encontrar soluções para as mesmas. Obrigada pela calma e confiança que me transmites, por acreditares sempre em mim.

Por último, dirijo um especial agradecimento aos meus pais e irmão, por terem constituído um importante pilar ao longo de toda a minha vida académica. Agradeço todo o apoio incondicional, paciência, encorajamento e carinho demonstrados ao longo deste percurso e sempre.

A todos os mencionados, Muito Obrigada!

Referências Bibliográficas

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165–1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., & Ram, P. (2005). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) Versão Reduzida. EURACT, 2005. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 511–516.
- Alzoubi, A., Abunaser, R., Khasawneh, A., Alfaqih, M., Khasawneh, A., & Abdo, N. (2018). The Bidirectional Relationship between Diabetes and Depression: A Literature Review. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(0), 137–146. <https://doi.org/10.4082/kjfm>
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36(suppl 1): S11-S66.).
- American Psychiatric Association. (2013). Depressive Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Anderson, R., Freedland, K., RE, C., & Lustman, P. J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes - A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., Labad, A., Masdéu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(1), 21–35. <https://doi.org/10.2190/C25N-W4NY-BN8W-TXN2>
- Au B, Smith KJ, Garipey G, Schmitz N. C-reactive protein, depressive symptoms, and risk of diabetes: results from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *J Psychosom Res* 2014;77:180-6.
- Barley, E. A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-47>
- Barnacle, M., Strand, M. A., Werremeyer, A., Maack, B., & Petry, N. (2016). Depression Screening in Diabetes Care to Improve Outcomes: Are We Meeting the Challenge? *Diabetes Educator*, 42(5), 646–651. <https://doi.org/10.1177/0145721716662917>

- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 50–59. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8215-0>
- Biscaia, A., Martins, J., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal – Reformar para novos sucessos (2ªEd.)*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Black, S., Markides, K., & Ray, L. (2003). Depression Predicts Increased Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care Journal*, 26(10), 2822–2828.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
Disponível em: books.google.pt
- Broeiro, P. (2001). Multipatologia - O Raciocínio Clínico e a Tomada de Decisão: aquisição da competência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17, 307–326.
- Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 158–160.
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., & Reid, I. C. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *British Journal of General Practice*, 58(546), 32–36. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263794>
- Carvalho, Á. (2018). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. *Direção-Geral Da Saúde (DGS)*, 3–15. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Ciechanowski, P., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes - Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs. *JAMA Internal Medicine*, 160, 3278–3285. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.03.009>
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 29–35. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.29>
- Clarke, T. K., Obsteter, J., Hall, L. S., Hayward, C., Thomson, P. A., Smith, B. H., Padmanabhan, S.,

- Hocking, L. J., Deary, I. J., Porteous, D. J., & McIntosh, A. M. (2017). Investigating Shared Aetiology Between Type 2 Diabetes and Major Depressive Disorder in a Population Based Cohort. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 174(3), 227–234. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32478>
- Conselho Nacional da Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- COUTO, L. Da Relação Médico-Doente para o Trabalho em Equipa. In: SANTOS, P.; SANTIAGO, L.; HESPAHOL, A. *Medicina Geral e Familiar*. 1.ed. Coimbra: Edições Almedina, 2020. ISBN 978-972-40-8976-8. pp. 107-120.
- Coventry, P. A., Hays, R., Dickens, C., Bundy, C., Garrett, C., Cherrington, A., & Chew-Graham, C. (2011). Talking about depression: A qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Family Practice*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-10>
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Ex-URSS
- DeGruy F. Mental health care in the primary care setting. In: Institute of Medicine (U.S.). Division of Health Care Services. Committee on the Future of Primary Care., Donaldson MS, eds. *Primary care: America's health in a new era*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1996:285–311.
- De Hert M, Dekker J, Wood D, Kahl K, Holt R, Möller H. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412–424.
- Egede, L. E., Ellis, C., & Grubaugh, A. L. (2009). The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 422–427. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.06.007>
- Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1.º Relatório. Lisboa: NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas; 2013. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_SaudeMental_2.pdf

- EURACT. (2011). The European Definition of General Practice/Family Medicine - Short Revision. In *WONCA Europe*.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- Felisberto, V., Saavedra, T., Santos, M., & Nunes, M. (2017). Depressão na Diabetes Mellitus Tipo 2 ou Diabetes Mellitus Tipo 2 na Depressão? – Uma Revisão. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(3), 112–117. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-nº-3-Setembro-2017-Artigo-de-Revisão-págs-112-117.pdf>
- Ferenchick, E. K., Ramanuj, P., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: part 1- screening and diagnosis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 365, 1794. <https://doi.org/10.1136/bmj.l794>
- Góis, C. J. F. C. (2013). Estados Depressivos em Diabetes Tipo 2 (Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa)
- Gois, C., Dias, V. V., Carmo, I., Duarte, R., Ferro, A., Santos, A. L., Sousa, F., & Barbosa, A. (2012). Treatment Response in Type 2 Diabetes Patients with Major Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 39–48. <https://doi.org/10.1002/cpp.1817>
- Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications, 1980.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13–27.
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. C. de. (2004). O peso das Perturbações Depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18(2), 129–146. <https://doi.org/10.20344/amp.1012>
- Haapakoski R, Mathieu J, Ebmeier KP, Alenius H, Kivimaki M. Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1b, tumour necrosis factor a and C-reactive protein in patients with

major depressive disorder. *Brain Behav Immun* 2015;49:206-15.

Holt, R. I. G., De Groot, M., & Golden, S. H. (2014). Diabetes and depression. *Current Diabetes Reports*, 14(6). <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0491-3>

Katon, J. W., Rutter, C., Simon, G., Lin, E. H., Ludman, E., Ciechanowski, P., Kinder, L., Young, B., & Korff, M. Von. (2005). The Association of Comorbid Depression With Mortality in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 28(11), 2668–2672.

Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216–226. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00273-7)

Katon, W. J., Korff, M. Von, Lin, E. H. B., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., Ciechanowski, P., Walker, E., & Bush, T. (2004). The Pathways Study - A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1042–1049.

Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611–2620. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1003955>

Kravitz, R. L., & Ford, D. E. (2008). Introduction: Chronic Medical Conditions and Depression—the View from Primary Care. *The American Journal of Medicine*, 121(11), S1–S7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.007>

Kreider, K. E. (2017). Diabetes Distress or Major Depressive Disorder? A Practical Approach to Diagnosing and Treating Psychological Comorbidities of Diabetes. *Diabetes Therapy*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0231-1>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.

Lin, E. H. B., Rutter, C. M., Katon, W., Heckbert, S. R., Ciechanowski, P., Oliver, M. M., Ludman, E. J., Young, B. A., Williams, L. H., McCulloch, D. K., & Von Korff, M. (2010). Depression and advanced complications of diabetes: A prospective cohort study. *Diabetes Care*, 33(2), 264–269. <https://doi.org/10.2337/dc09-1068>

- Lloyd, C. E., Roy, T., Nouwen, A., & Chauhan, A. M. (2012). Epidemiology of depression in diabetes: International and cross-cultural issues. *Journal of Affective Disorders*, 142(SUPPL.), S22–S29. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70005-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70005-8)
- Lustman, P., Clouse, R. E., & Carney, R. M. (1988). Depression and the reporting of diabetes symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18(4), 295–303. <https://doi.org/10.2190/lw52-jfkm-jchv-j67x>
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and Poor Glycemic Control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942 9p.
- Lustman, P. J., Clouse, R. E., Nix, B. D., Freedland, K. E., Rubin, E. H., McGill, J. B., Williams, M. M., Gelenberg, A. J., Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B. (2006). Sertraline for Prevention of Depression Recurrence in Diabetes Mellitus: A Randomised, Double-blind, Placebo-Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 521–529. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/935/CN-00564935/frame.html>
- Lustman P. J., Griffith L. S., Freedland K. E., Kissel S. S., Clouse R. E. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 129:613–621, 1998
- Lustman, Williams, M., Sayuk, G., Nix, B., & Clouse, R. (2007). Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion. *Diabetes Care*, 30(3), 459–466. <https://doi.org/10.2337/dc06-1769>
- McIntyre RS, Alsuwaidan M, Goldstein BI, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24(1):69–81.
- Meneer, M., Doré, I., Cloutier, A. M., Perrier, L., Roberge, P., Duhoux, A., Houle, J., & Fournier, L. (2015). Chronic physical comorbidity burden and the quality of depression treatment in primary care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(4), 314–323. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.001>
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-

analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609–619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

National Collaborating Center for Mental Health. The NICE guideline on the management and treatment of depression in adults (updated edition). London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.

OMS e Wonca. (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

Ostergaard, S. D., & Foldager, L. (2011). The association between physical illness and major depressive episode in general practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(4), 290–296. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01668.x>

OUAKININ, S. Perturbações Mentais Secundárias a um Estado Físico. In: FIGUEIRA, M. L.; SAMPAIO, D. & AFONSO, P. Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: LIDEL, 2014. ISBN 978-972-757-960-0. pp. 327-339.

Ouakinin S., Sousa F., Santos A. L., Ferro A., Góis C. Diabetes Mellitus – genes, corpo ou psique? *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* 2008;24:83-93

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Patten, S. B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 35–41. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00186-5)

Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a crosssectional study. *BMJ Open* 2015;5:e009287. doi:10.1136/bmjopen-2015-009287

PRAZERES, F. & SANTOS, I. A Doença Crónica e a Multimorbilidade. In: SANTOS, P.; SANTIAGO, L. & HESPANHOL, A. Medicina Geral e Familiar. 1.ed. Coimbra: Edições Almedina, 2020. ISBN 978-972-40-8976-8. pp. 195-210.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental.

Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Cunha Gonçalves, S., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidity in Portugal: Results from the first national health examination survey. *Acta Medica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>

Reis, S., & Cardoso, S. (2015). Multimorbilidade em Cuidados de Saúde Primários: O que há de novo? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 230–232.

Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(SUPPL.), S8–S21. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70004-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70004-6)

Santos, M. I. (2008). O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbilidade de quatro doenças crónicas.

Saraiva C, Vilhena F. Sintomas somáticos na depressão. *Psiquiatria Clínica* 1981; 2: 163-67

Semenkovich, K., Brown, M. E., Svrakic, D. M., & Lustman, P. J. (2015). Depression in type 2 diabetes mellitus: Prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75(6), 577–587. <https://doi.org/10.1007/s40265-015-0347-4>

Silva, A. I., Nogueira, A. S., Campos, R., & Martins, S. (2013). Saúde Mental: obstáculos e expectativas sentidos pelo médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 298–306.

Simon, G. E., Katon, W. J., Lin, E. H. B., Ludman, E., Vonkorff, M., Ciechanowski, P., & Young, B. A. (2005). Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *General Hospital Psychiatry*, 27, 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.008>

Sinnott, C., McHugh, S., Browne, J., & Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management

- of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003610>
- Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and Utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744.
- Stein, M. B., Cox, B. J., Afifi, T. O., Belik, S. L., & Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 36(5), 587–596. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007239>
- Teixeira, J. A., & Cabral, A. S. (2008). Patologia psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 567–574.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 89–98.
- The World Health Organization (WHO). (2006). Constitution of the World Health Organization (Issue Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006 This). <https://doi.org/10.4324/9780203029732>
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., De Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., Johnson, B. T., Patten, S. B., Turner, E. H., & Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), 413–418. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111035>
- Tiemens, B. G., A., M., Ormel, J., & Simon, G. E. (1996). Occurrence, Recognition, and Outcome of Psychological Disorders in Primary Care. *Am J Psychiatry*, 5(153), 636–644.
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and Validity of the PHQ-9 in Portuguese Women with Breast Cancer. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 411–423. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.39>
- US Preventive Services Task Force. Screening for depression: Recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 760-4.
- Ustun TB. 2000. Unmet need for management of mental disorders in primary care. In: Andrews G, Henderson S, editors. *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press; p 157-71.

- Van Den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- van Dooren, F. E. P., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R. J., Denollet, J., & Pouwer, F. (2013). Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057058>
- Van Rijswijk, E., Van Hout, H., Van De Lisdonk, E., Zitman, F., & Van Weel, C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; A focus group study. *BMC Family Practice*, 10, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-52>
- Vancampfort, D., Mitchell, A. J., De Hert, M., Sienaert, P., Probst, M., Buys, R., & Stubbs, B. (2015). Type 2 Diabetes in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Prevalence Estimates and Predictors. *Depression and Anxiety*, 32(10), 763–773. <https://doi.org/10.1002/da.22387>
- Ventura, T. (2011). Depressão e comorbilidade: um caso clínico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 36–42.
- Weyerer, S., Hewer, W., Pfeifer-Kurda, M., & Dilling, H. (1989). Psychiatric disorders and diabetes- results from a community study. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(5), 633–640. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90070-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90070-6)
- World Health Organization. (2016b). 10 facts about diabetes. Acedido em <https://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/>, a 14/01/2021.
- Young-Hyman, D., De Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J. S., Hood, K., & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*, 39(12), 2126–2140. <https://doi.org/10.2337/dc16-2053>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>