



DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DIABETES MELITO: CONTEXTO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Reginaldo Tavares Franquez (<https://orcid.org/0000-0001-5538-2200>)¹

Marcus Tolentino Silva (<https://orcid.org/0000-0002-7186-9075>)¹

Cristiane de Cássia Bergamaschi (<https://orcid.org/0000-0002-6608-1806>)¹

¹Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba (PPGCF-Uniso)

Características gerais da depressão em pacientes com diabetes melito

A Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*), em 2017, estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) viviam com diabetes melito. Se as tendências atuais persistirem, a projeção no ano de 2045 será superior a 628,6 milhões de pessoas com a doença¹.

Tanto a frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência) são informações importantes para o conhecimento da carga que o

diabetes representa para os sistemas de saúde. O Brasil está entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes no mundo¹.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), coletados em 2013 e 2015, demonstraram uma prevalência de 6,0% e 6,6%, respectivamente, em adultos brasileiros com diabetes melito, sendo maior no sexo feminino, naqueles com idade superior a 30 anos e em populações com baixa escolaridade, excesso de peso e obesidade^{2,3}.

O diabetes melito tipo 1 é associado a uma maior prevalência de transtornos psicológicos comparado ao diabetes melito tipo 2^{4,5}. Também, a depressão parece ser duas vezes mais comum em pessoas com diabetes melito tipo 1 ou tipo 2, comparado à população sem a doença⁶. Existe uma ligação biológica entre diabetes melito e depressão na qual acredita-se que alterações metabólicas e inflamatórias compensatórias à destruição autoimune de células beta sejam agravadas pela depressão⁷.

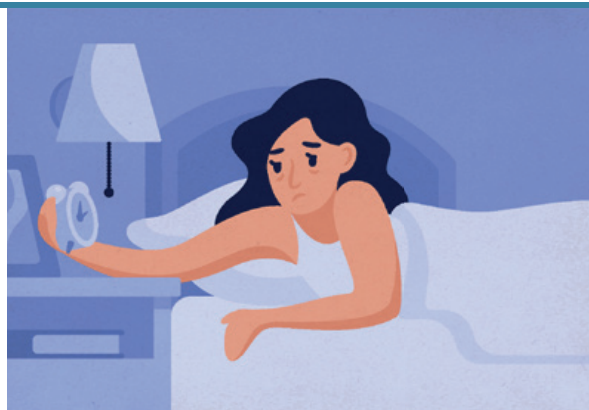
Transtornos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e distúrbios de personalidade podem agravar o quadro clínico de pessoas que convivem com diabetes melito, sendo a depressão o mais frequentemente encontrado nesses indivíduos⁸.

A depressão esteve presente em 22% da população brasileira com diabetes melito, segundos dados da PNS coletados em 2013. Os sintomas depressivos eram considerados leves a moderadamente graves. Maior gravidade da depressão foi associada ao uso de insulina e em pessoas que apresentavam complicações da doença, como amputação de membros, coma, problemas circulatórios, infarto, pé diabético e problemas renais².

Diagnóstico da depressão em pacientes com diabetes melito

Pessoas com diabetes melito parecem ser mais propensas a transtornos psicológicos^{6,9,10}, fato que impacta não apenas no controle glicêmico, mas sobretudo no funcionamento físico, psicológico, social, ocupacional e na qualidade de vida dos indivíduos e encargos socioeconômicos¹¹.

O diagnóstico do diabetes e/ou a autogestão inadequada da doença podem contribuir para a presença de quadros de depressão e ansiedade, e piora da qualidade de vida¹². A presença



concomitante de ambos, em comparação com as pessoas que apresentam apenas uma delas, resulta em inúmeras complicações de curto e longo prazo e no aumento da mortalidade¹¹.

Os profissionais envolvidos no cuidado devem considerar a triagem anual dos casos de diabetes melito e de depressão ou de outros transtornos psicológicos, a fim de encaminhá-las ao serviço de saúde mental ou profissional especializado. Deve-se ter presente a avaliação para o diagnóstico da depressão, quando há complicações do diabetes ou mudanças significativas no estado clínico desses indivíduos⁹.

Na vigência da identificação de pessoas com diabetes melito e com sintomas de transtornos psicológicos e que apresentem as situações descritas no Quadro 1, as boas práticas recomendam o encaminhamento ao profissional de saúde mental.

Quadro 1. Situações nas quais pessoas com diabetes melito podem necessitar de encaminhamento a um profissional de saúde mental

Sofrimento significativo relacionado ao controle do diabetes melito
Medo persistente de hipoglicemia
Resistência psicológica à insulina
Transtornos psicológicos (a exemplo da depressão, ansiedade e transtornos alimentares)

Fonte: *The Royal Australian College of General Practitioners*, 2020, p.99.

É importante que os profissionais da saúde incluam na anamnese perguntas sobre o bem-estar do paciente durante as consultas e/ou os atendimentos. O rastreamento da presença de depressão nos pacientes com diabetes pode ser feito por meio de duas perguntas:

- 1 No último mês, você, frequentemente, tem se sentido deprimido, triste ou sem esperança?
- 2 No último mês, você, frequentemente, tem sentido pouco interesse ou prazer pelas coisas em geral?

Se ambas as perguntas forem respondidas afirmativamente e se estas respostas permanecerem constantes por um período de pelo menos duas semanas, um possível diagnóstico da depressão deve ser considerado e investigada a necessidade de tratamento¹⁴.

A triagem do status psicossocial de pacientes com diabetes melito pode contribuir para verificar a presença de problemas psicológicos. O Quadro 2 descreve os itens que podem ser considerados na realização da triagem psicossocial e as principais preocupações relatadas pela pessoa com diabetes melito.

Quadro 2. Triagem psicossocial e preocupações comuns reportadas pelos pacientes com diabetes melito

Triagem psicossocial	Preocupações comuns do paciente
Atitudes sobre o diagnóstico de diabetes melito	Preocupação com o futuro e com as possíveis complicações da doença
Expectativas de gestão da doença e resultados	Culpa e ansiedade por não estar no caminho certo com os objetivos do tratamento
Humor ou afeto	Não saber se o humor ou os sentimentos estão relacionados ao diabetes
Qualidade de vida geral e diabetes	Medo de viver com a doença
	Estar constantemente preocupado com alimentação (qualidade, quantidade e horário)
	Sentir-se privado de certos alimentos
Recursos (sociais, emocionais e financeiros)	Incapaz de lidar com o diagnóstico do diabetes
Histórico psiquiátrico	Sentir-se deprimido por viver com diabetes

Fonte: *Diabetes Task Group, 2009, p. 27*¹².

Na realização de uma avaliação clínica que busque identificar pacientes com depressão, é importante que se use ferramentas padronizadas e validadas, como por exemplo questionário de Saúde do Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9*)¹⁵, Inventário de Depressão de Beck II (*Beck Depression Inventory II*)¹⁶, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*)¹⁷, Escala

de Avaliação de Depressão de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D*)¹⁸, Inventário de Depressão Maior (*Major Depression Inventory – MDI*)¹⁹, Escala de Avaliação de Depressão para Crianças (*Children Depression Evaluation Scale – CDRS*)²⁰ e Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*)²¹.

O instrumento pode ser aplicado na visita inicial, em intervalos periódicos, e quando

há uma mudança na doença, no tratamento ou nas circunstâncias de vida²². O Inventário de Depressão de Beck II, por exemplo, é comumente utilizado em adolescentes e adultos para avaliar os sintomas depressivos e sua gravidade. O instrumento contém 21 itens que analisa os sintomas de depressão por autorrelato, de acordo com os critérios de diagnósticos listados no Manual de Diagnóstico e Estatística para Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders - DSM*). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de depressão. O instrumento é aplicado para fins de pesquisa e para a prática clínica, sendo um dos mais utilizados entre os profissionais da saúde²³.

Tratamento da depressão em pacientes com diabetes melito

Recomenda-se que o tratamento da depressão no paciente com diabetes melito seja abrangente e multidisciplinar, incluindo adequado suporte emocional e comportamental. As intervenções psicológicas são recomendadas quando o paciente apresenta sintomas leves de depressão. Cabe ao

profissional da saúde avaliar a indicação do tratamento, bem como encaminhar o paciente para a psicoterapia¹.

Entre as intervenções encontradas na literatura destacam-se como principais: psicológicas, psicossociais e farmacológicas. É importante ressaltar que as intervenções não farmacológicas demonstram ser efetivas no tratamento da depressão leve a moderada nos pacientes com diabetes melito²⁴.

Feito o diagnóstico de depressão maior, intervenções farmacológicas podem ser utilizadas combinadas ou não com psicoterapia²⁵. Os antidepressivos devem ser usados para tratar a depressão aguda em pessoas com diabetes melito e como tratamento de manutenção para prevenir a sua recorrência nesses pacientes¹⁰.

Revisão sistemática que avaliou o efeito de intervenções farmacológicas e não farmacológicas na depressão em pacientes com diabetes melito tipo 1 e tipo 2 mostrou que, em comparação com tratamento usual, placebo ou lista de espera, as intervenções (uso de medicamentos, terapia de grupo, psicoterapia e cuidado colaborativo) mostraram um efeito



significativo na melhora da depressão e no controle glicêmico desses pacientes²⁶.

Intervenções psicológicas

Estudo que sintetizou informações de diretrizes de prática clínica e consensos para pacientes com diabetes melito tipo 2 mostrou que intervenções psicológicas são indicadas como parte do tratamento da depressão e podem contribuir para mudanças significativas no estilo de vida²⁴. Recomenda-se como intervenções a terapia cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal, e a intervenção psicoeducacional⁹.

Terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem organizada e limitada no tempo com conteúdo como psicoeducação, ativação comportamental, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas. Pode reduzir os sintomas depressivos pela capacidade de identificar e avaliar pensamentos negativos. É uma intervenção efetiva para pacientes com doenças crônicas, melhorando as habilidades de autocuidado e favorecendo ajustar a doença com o impacto que ela causa na vida do paciente^{27,28}.

Revisões sistemáticas demonstraram que a terapia cognitivo-comportamental pode contribuir para a remissão da depressão e melhorar a qualidade de vida em pacientes com diabetes melito^{25,29-31}. Ensaio clínico recente avaliou a efetividade dessa terapia em adultos com diabetes melito tipo 1, por meio do uso da intervenção via mensagens *online* e em tempo real, para apoiar a autogestão e melhorar o controle glicêmico nesses pacientes. Observou-se redução nos escores de depressão e nos valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) dos pacientes submetidos à intervenção, por um período de acompanhamento de até 12 meses³².

Intervenções psicossociais

As intervenções psicossociais fornecem informações e orientações para o diabetes, autogestão da doença e apoio psicológico. Entre elas, o cuidado colaborativo tem demonstrado efetividade em pessoas com diabetes melito¹⁰. Este é um modelo de gestão coordenada, realizado na atenção primária à saúde, que envolve médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental, entre outros profissionais que proporcionem o manejo ao paciente^{33,34}.

Revisão sistemática observou que as intervenções psicossociais reduziram sintomas de estresse emocional específico do diabetes e os valores de HbA1c, em adultos com diabetes melito tipo 2, em comparação com os grupos controles (em geral, definidos como grupos de pacientes que receberam cuidados usuais)³⁵. O Quadro 3 descreve as intervenções psicossociais reportadas na literatura para depressão em pacientes com diabetes melito.

Quadro 3. Cuidado colaborativo e outras intervenções psicossociais que podem ser utilizadas em pacientes com diabetes melito e depressão

Cuidado colaborativo fornecido ao paciente com diabetes melito e depressão pode melhorar:
Sintomas depressivos
Adesão ao antidepressivo
Controle glicêmico
Outras intervenções psicossociais que podem ser integradas aos planos de tratamento do diabetes melito:
Intervenções motivacionais
Estratégias de gerenciamento de estresse
Treinamento de habilidades de enfrentamento
Terapia familiar
Gestão de caso

Fonte: Mancini et al., 2018. p.178-185¹⁰.

Intervenções farmacológicas

Revisões sistemáticas que abordaram o tratamento farmacológico da depressão em pacientes com diabetes melito demonstraram melhora nos escores de gravidade e de remissão da depressão, bem como no controle glicêmico em adultos, com destaque para o uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)^{14,25}.

Há diferentes classes de antidepressivos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) seleciona e disponibiliza duas classes principais: os tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, etc) e os ISRS (fluoxetina, citalopram, sertralina, etc)³⁴. O Quadro 4 descreve os antidepressivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)³⁶, ou seja, que são os medicamentos selecionados e ofertados pelo SUS no Brasil.

Para que os antidepressivos comecem a produzir seus efeitos, é necessário o tempo de uso de pelo menos duas semanas, conhecido como período de latência, e para que ocorra redução expressiva dos sintomas, os medicamentos devem ser utilizados por pelo menos quatro semanas³⁷. O tratamento antidepressivo bem-sucedido deve continuar por 9 a 12 meses, após a remissão dos sintomas, e, em casos em que ocorra recorrências e recidivas frequentes, poderá demandar terapia com duração indefinida³⁸.

O medicamento deve ser selecionado de acordo com o perfil do paciente e a existência de outras doenças^{41,42}. Comorbidades e possíveis interações medicamentosas devem ser consideradas, a fim de minimizar danos e maximizar a resposta terapêutica³⁷.

É importante destacar que o uso de antidepressivos, também, pode estar relacionado a um maior risco de desenvolver diabetes



melito do tipo 2, especialmente quando utilizados em doses mais altas e por períodos prolongados³⁹. Desta forma, histórico de depressão, depressão atual e de uso de antidepressivos são fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes melito, especialmente em indivíduos com obesidade e com história familiar de diabetes melito tipo 2⁴⁰.

Intervenções no estilo de vida

Revisão sistemática que avaliou intervenções no estilo de vida, incluindo dieta e/ou atividade física, demonstrou diminuição dos escores de depressão em adultos com diabetes melito tipo 2 ou em risco de desenvolver a doença, apenas nos primeiros 6 meses de intervenção. As intervenções por meio de sessões individuais ou em sessões em grupo foram associadas à melhora da depressão. Entretanto, a qualidade das evidências desses achados não foi avaliada pelo estudo, o que limita afirmar sobre a real efetividade dessa intervenção⁴⁵.

Quadro 4. Fármacos utilizados no tratamento da depressão presentes na Rename

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	CLASSE FARMACOLÓGICA	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÕES DE USO	EFEITOS ADVERSOS
Amitriptilina (comprimido: 25 mg e 75 mg)	Inibidores Não Seletivos da Recaptação de Monoaminas (Tricíclicos)	1 vez ao dia, ao deitar. Aumentar a dose de acordo com a resposta (dose máxima: 150-300 mg/dia)	<ul style="list-style-type: none"> Transtornos e episódios de depressão maior, particularmente quando sedação é necessária Profilaxia de enxaqueca (tratamento intercrises) **Obs: pode ser utilizado durante a amamentação e com precaução na gravidez 	Boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, sedação, disfunção sexual, hipotensão, taquicardia, arritmias.
Bupropiona (comprimido de liberação prolongada: 150 mg)	Inibidores Seletivos da Recaptação de Dopamina (ISRD)	1 vez ao dia. Aumentar gradualmente a dose de acordo com a resposta (dose máxima: 400 mg/dia, administrados em 2 doses fracionadas)	<ul style="list-style-type: none"> Transtorno depressivo maior Tratamento adjuvante na cessação do tabagismo 	Cefaleia, insônia, ansiedade, irritabilidade, distúrbios visuais, xerostomia, constipação, náusea e perda moderada de apetite.
Clomipramina (comprimido: 10 mg e 20 mg)	Inibidores Não Seletivos da Recaptação de Monoaminas (Tricíclicos)	2 a 3 vezes ao dia. Aumentar gradualmente a dose de acordo com a resposta (dose máxima: 250 mg/dia, administrado em 2 a 4 doses fracionadas)	<ul style="list-style-type: none"> Depressão Distúrbios do pânico, associados ou não à agorafobia Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) **Obs: pode ser utilizado durante a amamentação e com precaução na gravidez 	Boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, sedação, disfunção sexual, hipotensão, taquicardia, arritmias.
Nortriptilina (cápsula: 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg)	Inibidores Não Seletivos da Recaptação de Monoaminas (Tricíclicos)	1 vez ao dia, ao deitar. Aumentar gradualmente de acordo com a resposta (dose máxima: 150 mg/dia, pode ser administrado em doses fracionadas)	<ul style="list-style-type: none"> Depressão maior **Obs: pode ser utilizado durante a amamentação e com precaução na gravidez 	Boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, sedação, disfunção sexual, hipotensão, taquicardia, arritmias.
Fluoxetina (cápsula e comprimido: 20 mg)	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)	1 vez ao dia. Aumentar gradualmente de acordo com a resposta. O uso de mais que 20 mg/dia pode ser feito em 2 doses fracionadas.	<ul style="list-style-type: none"> Transtorno depressivo Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) *Rigidez comportamental e agressividade **Redução da compulsão na bulimia e nos quadros de Transtorno Compulsivo Alimentar (TCA) **Obs: não deve ser utilizado durante a gravidez e amamentação 	Náuseas, diarreia, azia, disfunção sexual, cefaleia, insônia ou sonolência.

Fonte: Rename 2020. Disponível em: < <http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf> >³⁵

*Assumpção, et al., 2012⁴³; Yudofsky et al., 2012⁴⁴

**Hermelinda et al., 2020

Participação de profissionais da saúde nos cuidados desses pacientes

As intervenções psicológicas são recomendadas quando o paciente apresenta sintomas leves de depressão. Em quadros mais graves, recomenda-se o uso de antidepressivo associado à intervenção psicológica, sempre que possível. Desta forma, de acordo com as intervenções

reportadas pela literatura, diferentes profissionais da saúde podem contribuir nos cuidados de pessoas com diabetes melito e depressão. As informações reportadas neste boletim podem orientar enfermeiros, educadores físicos, farmacêuticos, médicos e psicólogos, a respeito dos cuidados que refletem em melhorias no quadro clínico da depressão nessa população.

Referências

- Hermelinda Cordeiro Pedrosa. *DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*; 2020.
- Briganti CP, Silva MT, Almeida JV de, Bergamaschi C de C. Association between diabetes melito and depressive symptoms in the Brazilian population. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):1-10. doi:10.11606/S1518-8787.2019053000608
- Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, et al. Prevalence of diabetes melito as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population, national health survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Ted 66). doi:10.1590/1980-549720190006.supl.2
- Kuniss N, Rechtacek T, Kloos C, et al. Diabetes-related burden and distress in people with diabetes melito at primary care level in Germany. *Acta Diabetol*. 2017;54(5):471-478. doi:10.1007/s00592-017-0972-3
- Rewers A. Acute Metabolic Complications in Diabetes. In: *Diabetes in America*. Vol 3. ; 2016:1-17.
- Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: The search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(6):461-471. doi:10.1016/S2213-8587(15)00134-5
- Kongkaew C, Jampachaisri K, Chaturongkul CA, Scholfield CN. Depression and adherence to treatment in diabetic children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Pediatr*. 2014;173(2):203-212. doi:10.1007/s00431-013-2128-y
- Tryggstad JB, Willi SM. Complications and comorbidities of T2DM in adolescents: findings from the TODAY clinical trial. *J Diabetes Complications*. 2015;29(2):307-312. doi:10.1016/j.jdiacomp.2014.10.009
- Education TJ of clinical and applied research and. *AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*. 42nd ed.; 2019. doi:www.diabetes.org/diabetescare
- Mancini GBJ, Hegele RA, Leiter LA. Dyslipidemia Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Can J Diabetes*. 2018;42:178-185.
- Hofmann M, Köhler B, Leichsenring F, Kruse J. Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: A meta-analysis of prospective studies. *PLoS One*. 2013;8(11):1-7. doi:10.1371/journal.pone.0079809
- government of bermuda. *Guidelines for Diabetes Care in Bermuda*; 2009.
- The Royal Australian College of General Practitioners and Diabetes Australia. *Management of Type 2 Diabetes : A Handbook for General Practice*; 2020. <https://www.racgp.org.au/getattachment/41fee8dc-7f97-4f87-9d90-b7af337af778/Management-of-type-2-diabetes-A-handbook-for-general-practice.aspx>
- Abrahamian H, Kautzky-Willer A, Rießland-Seifert A, et al. Mental disorders and diabetes melito (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(Update):186-195. doi:10.1007/s00508-019-1458-9
- Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-43. doi: 10.1590/0102-311X00144612
- Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validação da versão Brasileira em Português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):389-94. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
- Sousa C, Pereira G. Morbidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da "Hospital anxiety and depression scale"(Hads). *Psicol Saude Doenças*. 2008;9(2):283-98.
- Barroso I, Antunes M, Barroso I, Correia T, Brito I, Monteiro M. Adaptation and validation of the Psychological General Well-Being Index: confirmatory factor analysis of the short version. *Rev Enferm Ref [Internet]*. 2018 Oct 9;IV Série(18):9-18. doi: 10.12707/RIV18001
- Parcias S, Rosario BP do, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):164-70. doi: 10.1590/s0047-20852011000300003
- Pereira ADP, Amaral VLRA. Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para criança. *Avaliação Psicológica* 2007;6(2):189-204.

21. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918–23. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
22. Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2126–2140. doi:10.2337/dc16-2053
23. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the beck depression inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*. 2018;13(6):1–12. doi:10.1371/journal.pone.0199750
24. Reese C, Petrak F, Mittag O. Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes: Methoden und Ergebnisse 1. *Rehabil*. 2016;55(5):299–304. doi:10.1055/s-0042-113936
25. Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes melito: An abridged Cochrane review. *Diabet Med*. 2014;31(7):773–786. doi:10.1111/dme.12452
26. Van-der-Feltz-Cornelis, C, Allen, SF, Holt, RIG, Roberts, R, Nouwen, A, Sartorius, N. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes melito: Systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*. 2021; 11: e01981. doi: 10.1002/brb3.1981
27. Li C, Xu D, Hu M, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for patients with diabetes and depression. *J Psychosom Res*. 2017;95:44–54. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.02.006
28. Uchendu C, Blake H. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes melito: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabet Med*. 2017;34(3):328–339. doi:10.1111/dme.13195
29. Winkley K, Upsher R, Stahl D, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in children and adults with type 1 diabetes. *Diabet Med*. 2020;37(5):735–746. doi:10.1111/dme.14264
30. Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med J*. 2006;333(7558):65–68. doi:10.1136/bmj.38874.652569.55
31. Xie J, Deng W. Psychosocial intervention for patients with type 2 diabetes melito and comorbid depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:2681–2690. doi:10.2147/NDT.S116465
32. Doherty AM, Herrmann-Werner A, Rowe A, Brown J, Weich S, Ismail K. Feasibility study of real-time online text-based CBT to support self-management for people with type 1 diabetes: The Diabetes On-line Therapy (DOT) Study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021;9(1):1–7. doi:10.1136/bmjdr-2020-001934
33. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes melito: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):260. doi:10.1186/1471-244X-13-260
34. Perrin N, Bodicoat DH, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. Effectiveness of psychoeducational interventions for the treatment of diabetes-specific emotional distress and glycaemic control in people with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2019;13(6):556–567. doi:10.1016/j.pcd.2019.04.001
35. Perobelli A, Anholeti A, Gorza A, Santos A. Diretrizes clínicas em saúde mental. *Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo*. 2018.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2020. *Brasília: Ministério da Saúde*, 2019.
37. BRASIL. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. (2012). Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos, 18, 1–35
38. BMJ Best Practice. Depressão em adultos. Última atualização: Nov 2019. *BMJ Publishing Group Limited*. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/55/pdf/55.pdf>. Acesso em: 05 julho 2021.
39. Jesse CD, Creedy DK, Anderson DJ. Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: A systematic review protocol. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2019;17(3):281–289. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003589
40. Barnard K, Peveler RC, Holt RIG. Antidepressant medication as a risk factor for type 2 diabetes and impaired glucose regulation. *Diabetes Care*. 2013;36(10):3337–3345. doi:10.2337/dc13-0560
41. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357–1366. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7
42. Dodd S, Mitchell PB, Bauer M, et al. Monitoring for antidepressant-associated adverse events in the treatment of patients with major depressive disorder: An international consensus statement. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19(5):330–348. doi:10.1080/15622975.2017.1379609
43. Assumpção, F.; Kuczynski, E. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. 2ed. São Paulo: *Editora Atheneu*, 2012.
44. Yudofsky, S.; Hales, R.; Gabbard, G. Tratado de Psiquiatria Clínica. 5ed. Porto Alegre: *Editora Artmed*, 2012.
45. Cezaretto A, Ferreira SRG, Sharma S, Sadeghirad B, Kolahdooz F. Impact of lifestyle interventions on depressive symptoms in individuals at-risk of, or with, type 2 diabetes melito: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2016;26(8):649–662. doi:10.1016/j.numecd.2016.04.009