

Qualidade de Vida e Sintomatologia Psicopatológica na Diabetes Mellitus

Quality of Life and Psychopathological Symptomatology in Diabetes Mellitus

M. Pereira¹, C. Neves², C. Esteves², E. Carqueja¹, R. Coelho³, D. Carvalho⁴

1 - Psicólogo. Clínica de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal.

2 - Endocrinologista. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

3 - Professor de Psiquiatria. Clínica de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

4 - Endocrinologista. Chefe de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Resumo

Introdução: A sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a ansiedade e a depressão, é conhecida por estar presente nas doenças crónicas como a diabetes. A qualidade de vida (QV) é um constructo que, de certa forma, poderá refletir questões relacionadas com a psicopatologia.

Objetivos: Avaliar a sintomatologia psicopatológica e a QV de doentes com diabetes tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2).

Doentes e Métodos: Avaliámos uma amostra de conveniência de 94 indivíduos diabéticos com uma média de idades de $42,02 \pm 16,68$ anos, com os seguintes instrumentos: questionário biográfico geral, *Audit of Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQoL) e *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Resultados: Encontrámos correlações negativas significativas entre o ADDQoL e três subescalas do BSI, nomeadamente o Índice de Sintomas Positivos. Em relação ao tipo de diabetes, percebemos que os sujeitos com DM2 tendem a revelar mais sintomas de somatização do que os pacientes com DM1. Quando comparámos os sexos, os mesmos resultados foram observados, ou seja, as mulheres relataram valores mais elevados nessas duas subescalas. Estes resultados correlacionam-se negativamente com a automonitorização da glicemia e o nível de escolaridade.

Conclusão: Nesta amostra, há uma clara influência da sintomatologia psicopatológica na QV dos indivíduos diabéticos. Existem alguns aspetos da QV que estão mais diretamente ligados a um determinado tipo de sintomatologia.

Palavras-chave: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, psicopatologia, qualidade de vida

Abstract

Introduction: Psychopathological symptomatology, namely anxiety and depression, is known to be present in chronic diseases like diabetes. Quality of life (QoL) is an outcome measure which can, somehow, reflect issues related to psychopathology.

Aims: To evaluate the psychopathological symptomatology and QoL of type 1 (DM1) and type 2 (DM2) diabetic patients.

Patients and Methods: We evaluated a sample of 94 diabetic subjects with a mean age of 42.02 ± 16.68 years, with several instruments: general biographical questionnaire, *Audit of Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQoL) and *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Results: We found significant negative correlations between ADDQoL and three sub-scales of the BSI, especially its Positive Symptom Index. Regarding the type of diabetes, we noticed that DM2 patients tend to reveal more somatization symptoms than DM1 patients. When we compared genders the same results were observed, i.e. women reported higher values in those two sub-scales. Those results were also negatively related to self monitoring of blood glucose and education level of the patients.

Conclusion: In this sample, there is a clear the influence of psychopathological symptomatology on the QoL of diabetic subjects. There are some aspects of QoL that are more directly linked with a particular kind of symptomatology.

Keywords: Type 1 Diabetes, Type 2 Diabetes, psychopathology, quality of life

CORRESPONDÊNCIA

M. Pereira
Clínica de Psiquiatria
Centro Hospitalar São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto
Portugal
Tel: 225 512 100
E-mail: geral@chsj.min-saude.pt

> INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos vinte anos, a avaliação da qualidade de vida (QV) tornou-se cada vez mais importante na comunidade científica, uma vez que todas as intervenções terapêuticas efetivas serão refletidas na QV.

A QV pode ser definida como um constructo multidimensional, específico para cada indivíduo, que combina

perceções de bem-estar relacionadas com o desenvolvimento físico, psicológico, social e emocional. Bergner ⁽¹⁾ descobriu que, quando as pessoas usam o conceito de QV, tendem a referir-se, por um lado, à discrepância entre objetivos desejados e alcançados e, por outro (e no contexto de fatores de risco e causas de doença), aos resultados dos cuidados de saúde. Nesta perspetiva, a avaliação da QV em doenças crónicas como a diabetes mellitus (DM) torna-se relevante.

A DM é uma doença caracterizada por hiperglicemia que resulta num alto risco de complicações microvasculares e macrovasculares e, acima de tudo, diminuição da QV. ⁽²⁾ A glicemia só pode ser efetivamente controlada, se o indivíduo se envolver em atividades diárias de autocuidado e esse fator, por si só, pode desencadear sintomatologia psicológica.

Certos componentes psicopatológicos estão já bem caracterizados, mas outros exigem mais investigação. A ansiedade e a depressão são duas condições bem estudadas, devido à sua elevada e consistente presença em doenças crónicas. ^(3,4,5) Collins *et al.* analisaram 2049 pacientes irlandeses com diabetes e concluíram que a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos era maior em indivíduos com DM do que na população geral. ⁽⁶⁾ No que diz respeito à depressão na diabetes, existem muitos fatores que podem estar na sua génese. ^(7,8) Os aspetos sociodemográficos, económicos, financeiros e os fatores de modificação do estilo de vida não sendo alcançados poderão resultar numa deterioração do controlo glicémico. A relação entre o controlo metabólico e a depressão está bem estudada e, na sua maioria, indicia uma associação negativa. ^(9,10) Existe também uma relação antagónica entre depressão, controlo metabólico e QV. ^(11,12)

Os estudos sobre ansiedade indicam que é um fator frequentemente presente nos doentes com DM. Este sintoma psicológico é muitas vezes mediado pelos mecanismos de *coping* adotados em função da natureza restritiva da doença. ^(13,14) Um estudo multicêntrico concluiu que o risco de desenvolver transtornos de ansiedade em pessoas com diabetes é 1,2 vezes maior do que na população geral e que essa probabilidade não difere muito entre países. ⁽¹⁵⁾ As investigações indicam até que os sintomas ansiogénicos e depressivos são fatores de risco para o início da DM, independentemente dos fatores de risco inerentes à DM. ⁽¹⁶⁾

No que concerne a sintomatologia psicopatológica que ainda não está tão bem estudada, a hostilidade, o neuroticismo e a ansiedade fóbica são bons exemplos. A hostilidade e seus componentes (cinismo, raiva, desconfiança e agressividade) ⁽¹⁷⁾ têm sido associados a maus

resultados em saúde, particularmente ao nível cardiovascular. ⁽¹⁸⁾ Este constructo mostrou-se relevante, no que diz respeito ao metabolismo da glicose em indivíduos não diabéticos. ⁽¹⁹⁾ Estudos recentes apontam que a hostilidade terá diferentes influências dada a raça do sujeito. ⁽²⁰⁾ Em pacientes diabéticos, esta associação também foi feita. Elevados níveis de raiva no enfrentamento das situações promove *distress* que, por sua vez, origina deterioração do controlo metabólico. ⁽²¹⁾ Existe também uma relação entre raiva, hostilidade e neuroticismo.

O neuroticismo identifica-se como a diferença na resposta individual à ameaça, frustração e perda. ⁽²²⁾ De acordo com Lane, as pessoas que demonstram baixos níveis de neuroticismo poderão não atingir o nível de *distress* emocional necessário à realização de um regime terapêutico. ⁽²³⁾

A ansiedade fóbica está a ser cada vez mais descrita na literatura sob a forma de fobia das hipoglicemias. ^(24,25) Isso leva a níveis constantemente elevados de glicose no sangue para evitar fatores desencadeadores de ansiedade.

Em termos gerais, parece que existem alguns sintomas psicopatológicos mais prevalentes do que outros e torna-se importante saber reconhecê-los e identificá-los de forma a se proceder à sua abordagem terapêutica.

> OBJETIVOS

Avaliar a forma como a QV se correlaciona com os sintomas psicopatológicos e como contribui para os comportamentos de autocuidado e controlo metabólico em doentes diabéticos tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2).

> DOENTES E MÉTODOS

Para este estudo transversal, seleccionámos uma amostra de conveniência no ambulatório da consulta de Endocrinologia, no Centro Hospitalar São João. Foram incluídos 94 indivíduos, 52 com DM1 e 42 com DM2 com uma média de idades de $42,0 \pm 16,6$ (17 - 77) anos. As restantes características demográficas e de saúde estão listadas nos Quadros I e II, agrupadas de acordo com o tipo de diabetes. Os doentes foram convidados a participar no estudo, no dia da consulta com o endocrinologista assistente. O objetivo da investigação foi explicado e, após aceitação, a declaração de consentimento foi assinada de acordo com a "Declaração de Helsínquia". Posteriormente, os questionários foram preenchidos pelos pacientes para fornecer dados que permitiriam a análise dos pressupostos teóricos. Comparámos os dados obtidos com os resultados de uma população de controlo previamente publicada.

Quadro I - Dados gerais e biográficos.

Variáveis	DM 1 (n=52)	DM 2 (n=42)	P
Idade	30,8 ± 11,90	55,8 ± 10,0	≤ 0,001
Anos desde diagnóstico	14,9 ± 8,8	12,2 ± 7,9	NS
IMC (Kg/m ²)	24,8 ± 3,2	29,1 ± 4,4	≤ 0,001
A1c (%)	8,9 ± 1,7	8,1 ± 1,7	NS
Automonitorizações da glicémica (n)	3,4 ± 1,3	1,5 ± 1,2	≤ 0,001
Sexo			NS
Masculino	26 (50)	21 (50)	
Feminino	26 (50)	21 (50)	
Estado civil			≤ 0,001
Solteiro	31 (59,6)	2 (4,8)	
Casado	20 (38,5)	35 (83,3)	
Viúvo	0	4 (9,5)	
Divorciado	1 (1,9)	1 (2,4)	
Estado civil			≤ 0,001
4.º ano	6 (11,5)	26 (62)	
6.º ano	6 (11,5)	3 (7,1)	
9.º ano	6 (11,5)	7 (16,7)	
12.º ano	16 (30,8)	4 (9,5)	
Licenciatura	17 (32,7)	2 (4,8)	
Dado em falta	1 (1,9)	0	

Quadro II - Dados terapêuticos.

Variáveis	DM 1 (n=52)	DM 2 (n=42)
Medicação		
Insulina	52 (100)	27 (64,3)
Sulfonilureias	0	15 (35,7)
Metformina	2 (3,8)	21 (50)
Acarbose	0	5 (11,9)
Psicofármacos	3 (5,8)	6 (14,3)
Outros	21 (40,4)	39 (92,9)
Complicações crónicas		
Retinopatia	13 (25)	16 (38,1)
Nefropatia	5 (9,6)	9 (21,4)
Neuropatia	3 (5,8)	4 (9,5)

Os dados antropométricos, comorbilidades, complicações relacionadas com a diabetes e parâmetros bioquímicos foram obtidos a partir dos processos clínicos dos doentes. A aprovação ética do estudo foi obtida na Comissão de Ética Hospitalar.

Quanto aos instrumentos utilizados, foi criado um questionário simples para investigar dados biodemográficos que nos permitiriam obter informações sobre medicamentos atuais, comorbilidades, complicações da diabe-

tes e automonitorização glicémica, bem como hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool.

Para avaliar o impacto do DM na QV, utilizámos o *Audit of Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQoL). O ADDQoL foi criado para identificar áreas importantes da vida do indivíduo e a forma como são afetadas pela diabetes e pelo seu tratamento. ⁽²⁶⁾ Esta escala contém itens relacionados com o funcionamento físico, sintomas, bem-estar psicológico, bem-estar social, atividades diárias e constructos pessoais. Os sujeitos atribuem valores aos itens numa escala de Likert de 7 pontos e conferem importância a cada item numa escala de Likert de 4 pontos. ⁽²⁷⁾ Este instrumento possui boa validade e sensibilidade interna. ⁽²⁸⁾

Para analisar a sintomatologia psicopatológica utilizouse o *Brief Symptom Inventory* (BSI). O BSI avalia o funcionamento psicológico do indivíduo. Consiste em 53 itens classificados numa escala de Likert de 5 pontos. O BSI contém 3 escalas para avaliar o estado psicológico geral – o IGS (Índice Geral de Sintomas), o ISP (Índice de Sintomas Positivos) e o TSP (Total de Sintomas Positivos) – e 9 subescalas para avaliar a somatização, a obsessão-compulsão, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranóide e o psicoticismo ⁽²⁹⁾. Tanto as escalas como as subescalas, apresentam boa consistência interna ($\alpha = 0,71$ e $\alpha = 0,85$) e fiabilidade no teste-reteste ($r = 0,68$ e $r = 0,91$) em estudos normativos. ⁽²⁹⁾

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o SPSS v. 11.5 para *Windows*. As estatísticas descritivas foram calculadas para analisar os dados biodemográficos e terapêuticos. Utilizámos o teste de Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade da distribuição de algumas variáveis. Utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as diferenças médias na QV entre DM1 e DM2, doentes em insulina, doentes em antidiabéticos orais e doentes com e sem complicações da diabetes. Uma vez que a maioria das variáveis analisadas não tinha uma distribuição normal, utilizámos o teste de classificação de Spearman para analisar a correlação entre QV e a psicopatologia. Efetuámos uma análise multivariada para estabelecer relações entre variáveis e eliminar fatores de confusão. Os resultados foram considerados significativos para valores de $p \leq 0,05$.

> RESULTADOS

Qualidade de vida - De acordo com o tipo de diabetes, constatámos que a idade, acima de tudo, é o fator mais importante em relação à QV. Nesta amostra, estimámos que os resultados da escala ADDQoL diminuiriam 0,02

pontos por ano de idade adicional, independentemente do tipo de diabetes. No que concerne ao tipo de tratamento, quando se compara insulina *versus* antidiabéticos orais, verificou-se que os doentes tratados com insulina tinham uma pior QV (Quadro III). As maiores diferenças significativas entre esses grupos são os itens relativos a oportunidades relacionadas com o trabalho e a facilidade em viajar. Os indivíduos com complicações de longo prazo apresentaram QV significativamente inferior em comparação com indivíduos sem complicações. As oportunidades relacionadas com o trabalho, vida familiar, aparência física, atividade física, facilidade em viajar, motivação, reação da sociedade, situação fi-

guesa geral. ⁽³⁰⁾ Atendendo às diferenças entre o ISP e a DM, percebemos que a escolaridade desempenha um papel importante como variável mediadora. Para cada ciclo de escolaridade que os doentes atingem é esperada uma diminuição de 0,07 pontos no ISP. No que diz respeito às diferenças entre os indivíduos com DM1 e DM2, observámos que os doentes com DM2 apresentaram taxas significativamente maiores de somatização ($0,52 \pm 0,07$ vs. $0,64 \pm 0,09$; $p \leq 0,001$), após o controlo de fatores confundidores. Este resultado será explicado posteriormente. Com uma análise mais aprofundada, verificámos que em pacientes com DM1 há uma correlação positiva entre o nível educacional e o número de

Quadro III - Diferenças na avaliação ADDQoL entre grupos.

	IN	ADO	P	CC	SC	P
ADDQoL	-1,43±1,36	-0,95±0,85	NS	-2,03±1,49	-0,95±0,98	≤0,001
ADD1 (Oportu. trabalho)	-2,22±2,88	-0,53±1,59	0,01	-3,22±3,11	-1,20±2,28	0,001
ADD2 (Vida familiar)	-1,75±2,54	-1,46±2,16	NS	-2,82±2,73	-1,05±2,06	0,001
ADD5 (Aparência física)	-1,08±2,69	-1,20±2,51	NS	-1,80±2,85	-0,69±2,45	0,03
ADD6 (Atividade física)	-2,36±2,47	-1,13±2,03	0,03	-3,22±2,85	-1,54±1,93	0,005
ADD8 (Facilidade viajar)	-2,07±2,31	-0,80±2,39	0,005	-2,97±2,90	-1,22±1,69	0,003
ADD10 (Motivação)	-1,82±2,55	-1,20±1,93	NS	-2,88±2,64	-1,03±2,09	≤0,001
ADD11 (Sociedade)	-0,79±1,75	-0,33±1,04	NS	-1,20±2,09	-0,44±1,29	0,004
ADD13 (Finanças)	-1,55±2,55	-1,33±1,91	NS	-3,02±2,99	-0,62±1,49	≤0,001
ADD15 (Condições vida)	-2,88±2,60	-1,73±2,63	NS	-3,65±2,38	-2,13±2,61	0,002
ADD17 (Prazer comida)	-1,49±3,08	-2,46±3,58	NS	-2,25±2,84	-1,28±3,32	0,04
ADD18 (Liberdade beber)	-1,62±2,31	-0,46±0,91	0,03	-1,74±2,54	-1,25±1,95	NS

Legenda: IN - Insulina; ADO - Antidiabéticos orais; CC - Com complicações; SC - Sem complicações

nanceira e condições de vida são os parâmetros com diferenças mais significativas entre os grupos. Quando analisámos QV nos doentes com DM1, observámos que estes apresentam melhores perceções de QV, quando são mais jovens ($p = 0,003$) e quando têm maiores níveis de escolaridade ($p = 0,01$), enquanto que nos indivíduos com DM2, o sexo feminino tende a ter uma melhor perceção de QV ($p = 0,01$). Em relação ao controlo metabólico representado pelos níveis de A1c, parece não haver correlação entre este parâmetro e a QV nos pacientes com DM1, mas existe uma correlação significativa em pacientes com DM2 ($p = 0,04$).

Psicopatologia - Os doentes com DM2 apresentaram níveis mais elevados no ISP do que a população portu-

ações diárias de automonitorização ($p = 0,004$) e uma correlação negativa entre a escolaridade e a ansiedade fóbica ($p = 0,006$), a paranóia ($p = 0,03$) e os níveis de ISP ($p = 0,001$). Dentro deste grupo, também encontramos uma correlação negativa entre o número de comportamentos de autocontrolo e a idade ($p = 0,03$) e os níveis de ISP ($p = 0,01$). Em indivíduos com DM2, observámos correlações negativas entre o número de ações de automonitorização e a somatização ($p = 0,04$) e a ansiedade fóbica ($p = 0,01$).

Quando analisámos a relação entre sintomas psicopatológicos e a QV, encontramos correlações negativas entre este constructo e três subescalas do BSI (Quadro IV) e consequentemente os níveis de ISP ($p \leq 0,001$). Também

Quadro IV - Correlações entre ADDQoL e BSI.

		SOMA	DEP	HOS	ANS	A F	PS	IP	OC	SI
ADDQoL	R	- 0,38	- 0,16	- 0,09	- 0,27	- 0,38	- 0,15	- 0,09	- 0,14	- 0,07
	P	≤0,001	0,10	0,38	0,008	≤0,002	0,12	0,37	0,16	0,47

Legenda: SOMA – Somatização; DEP – Depressão; HOS – Hostilidade; ANS – Ansiedade; AF – Ansiedade Fóbica; PS – Psicoticismo; IP – Ideação Paranóide; OC – Obsessão Compulsão; SI – Sensibilidade Interpessoal.

analisámos quais aspetos da QV estão mais fortemente correlacionados com a sintomatologia psicopatológica em pacientes com DM1 e DM2. Tornou-se evidente que os indivíduos com DM1 apresentaram uma maior associação entre os sintomas psicopatológicos e a QV do que os pacientes com DM2. Além disso, dentro desses grupos, parecem existir certos componentes da QV que estão mais intimamente ligados a certos tipos de sintomas psicológicos negativos. Em particular, na DM1, a sintomatologia psicopatológica influencia claramente as atividades físicas e as preocupações futuras ($p \leq 0,01$), bem como a autoconfiança ($p \leq 0,01$) e a motivação para atingir os objetivos ($p \leq 0,01$) e, na DM2, a autonomia ($p \leq 0,01$) e o prazer na alimentação ($p \leq 0,01$).

> DISCUSSÃO

A QV é, sem dúvida, um constructo que é claramente influenciado de muitas maneiras pelos diferentes tipos de restrições resultantes da diabetes. A idade é um fator determinante de QV nesta amostra, portanto não conseguimos concluir que o tipo de diabetes influencie diretamente a QV devido à diferença de idade entre os dois grupos (Quadro I). Na literatura, há muitos estudos que mostraram uma melhor QV entre os indivíduos com DM1. ⁽³¹⁾ Em geral, os indivíduos com DM1 têm melhor desempenho físico e maiores níveis de energia. ⁽³²⁾ Nesta amostra, a diferença de idades entre pacientes com DM1 e DM2 pode, em parte, explicar este resultado. Além disso, a idade e a DM têm sido associados a uma redução do funcionamento nervoso periférico que pode originar comportamentos de prostração e falta de energia em pacientes com DM2. A maior massa corporal pode também contribuir para um pior desempenho físico neste subgrupo. ⁽³³⁾ Em relação aos estudos anteriores que comparam a idade, a QV e o género, esses resultados são, em parte, congruentes. As pessoas mais jovens relataram melhores resultados, em termos de bem-estar físico e apoio dentro e fora do lar, e as pessoas mais idosas relataram melhores resultados no bem-estar social. Para o bem-estar mental, os resultados foram idênti-

cos. ⁽³⁴⁾ Da mesma forma, os indivíduos tratados com antidiabéticos orais sentem menos impacto do tratamento na QV, ou seja, os doentes tratados com insulina encontram maiores barreiras para conseguir e/ou manter emprego, as quais resultam dos métodos de tratamento necessários para controlar a doença. Os sujeitos sem complicações tardias, em linha com a evidência científica, mostraram uma melhor QV. ^(35, 36) Estudos anteriores mostraram especificamente que complicações microvasculares e outras comorbilidades resultaram numa diminuição da QV em pacientes com DM2. ⁽³⁷⁾ À semelhança dos nossos dados, Ryan constatou níveis mais baixos de psicopatologia numa população britânica de doentes diabéticos do que no seu grupo de controlo e na população emocionalmente perturbada. ⁽³⁸⁾ Na nossa amostra, os sujeitos com DM2 são propensos a desenvolver mais distúrbios emocionais. Isto pode ser devido ao facto de os doentes com DM2 tenderem a apresentar mecanismos de *coping* não focalizados nas tarefas ativas de busca de suporte, informação e planeamento ⁽³⁹⁾ exacerbado pelos baixos níveis educacionais e idades mais avançadas.

Ao analisar os indivíduos com DM2, encontrámos sintomas significativamente mais somatizantes do que os doentes com DM1 e, também, do que a população geral portuguesa. Isto pode resultar do facto de os indivíduos com DM2 apresentarem maior número de comorbilidades e complicações da diabetes. Estudos anteriores corroboram estes dados. Harris *et al.* concluíram que a somatização está associada a comorbilidades médicas e psiquiátricas e que, por si só, podem afetar as tarefas diárias do indivíduo. ⁽⁴⁰⁾ Por outro lado, estudos anteriores com foco na obesidade e na psicopatologia observaram que níveis mais altos de IMC estão significativamente correlacionados com sintomas de somatização. ⁽⁴¹⁾ No nosso estudo, esses dois aspetos estão presentes nos doentes com DM2 e podem explicar claramente o impacto dessa variável nos resultados globais. Os domínios mais significativos de sintomatologia somatoforme relatados pelos doentes com DM2, em comparação com pacientes com DM1, foram "queixas de náuseas e

desconforto abdominal" ($p = 0,007$) e "queixas de fraqueza em partes do corpo" ($p \leq 0,001$).

No que concerne à relação entre QV e sintomas psicopatológicos, os resultados foram, como esperado, consistentes com a literatura⁽⁴²⁾, i.e., a sintomatologia psicopatológica correlaciona-se negativamente com a QV. De todo o espectro sintomático avaliado pelo BSI, observámos que, em pacientes com DM2, a somatização parece ser um dos sintomas mais influentes nesta doença. As perceções resultantes desse desconforto prejudicam o desenvolvimento de certas tarefas diárias. Um estudo anterior realizado por Hyphantis *et al.* também concluiu que apresentar um vasto número de sintomas somatoformes tem correlação com a QV relacionada com a saúde nas doenças crónicas⁽⁴³⁾. Os aspetos da QV que são mais facilmente afetados pela psicopatologia são as preocupações com o futuro, a aparência física e as atividades físicas, a confiança nas capacidades internas e a motivação para alcançar objetivos. Em relação aos pacientes com DM2, destacamos o facto de o prazer nos alimentos estar correlacionado com a ansiedade fóbica e a noção de dependência estar associada com a ansiedade. Atendendo a estes resultados, torna-se pertinente uma monitorização contínua do bem-estar mental destes indivíduos de forma a minimizar o impacto da doença a nível físico.⁽⁴⁴⁾

Olhando para sintomas psicopatológicos e o controlo metabólico expressos pela A1c, descobrimos que nenhuma subescala estava correlacionada com a A1c. No entanto, se atendermos aos fatores de autocontrolo, o controlo metabólico é indubitavelmente influenciado pela sintomatologia psicológica.

Limitações - Este estudo apresenta várias limitações, começando pelo facto de esta amostra ser de conveniência, definida pelos critérios de inclusão e de tamanho reduzido. Num estudo exploratório em ciências sociais será preferível reunir uma quantidade considerável de dados para permitir subanálises mais robustas. No nosso caso, essa limitação ficou refletida no subgrupo ADO. No entanto, decidimos manter esse subgrupo, porque pensamos que é importante reforçar que o tipo de tratamento é crucial, não só na gestão da doença, mas também na QV desses pacientes. Na nossa amostra, observámos uma diferença significativa na idade entre os grupos DM1 e DM2 e esse facto pode influenciar alguns dos resultados psicossociais que obtivemos. Por vezes, neste tipo de estudos, torna-se pertinente decidir se se pretende que ambos os grupos tenham a mesma idade ou tenham o mesmo número de anos desde o diagnóstico. No nosso caso, escolhemos não ter diferenças significativas entre os anos, desde o diagnóstico de diabe-

tes. Com essa escolha, pensamos que, apesar da mesma duração da diabetes, as diferentes opções terapêuticas tiveram maior impacto na QV. Por último, quando analisámos as variáveis de perturbação psicopatológica, fizemos uma comparação da nossa amostra com dados nacionais de estudos anteriores. Esse facto pode, eventualmente, ter influenciado alguns resultados, porque a nossa amostra não era representativa.

Em termos de conclusão, a QV parece estar significativamente relacionada com a sintomatologia psicopatológica. A somatização, a depressão e a ansiedade são os aspetos mais predominantes, quando falamos de QV em pacientes diabéticos. Essas sintomatologias são mais frequentemente encontradas em pacientes com DM2, o que significa que estes indivíduos estão mais perto de desenvolver uma condição psicológica mais grave. Estas sintomatologias psicopatológicas têm uma ligação negativa e indireta com o controlo metabólico, através de estilos de *coping* e questões relacionadas com a auto-monitorização. A este aspeto acrescem os fatores idade e escolaridade/educação.

Podemos também concluir que questões internas como a confiança e a motivação, bem como fatores externos como o lazer e as condições gerais de vida, são em grande medida afetados pelos aspetos psicopatológicos. Portanto, para melhorar a QV em doentes com diabetes é importante desenvolver estratégias para superar essas questões. <

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses, nem qualquer fonte de financiamento externo na realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. In: A. Michalos (ed), *Essays on the Quality of Life: Social Indicators Research Series*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1989. p. 153-182.
2. World Health Organization, *Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia*; 2006. p5.
3. Fisher L, Hessler DM, Polonsky WH, Masharani U, Peters AL, Blumer I, et al. Prevalence of Depression in Type 1 Diabetes and the Problem of Over-diagnosis. *Diabetic Medicine*. 2016; 33: 1590-1597.
4. Hoth KF, Wamboldt FS, Bowler R, Make B, Holm KE. Attributions about Cause of Illness in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 70: 465-72.
5. Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P, et al. *Psychosocial Therapies in Diabetes: Report of*

- the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1286-92.
6. Collins M, Corcoran P, Perry JJ. Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Diabetes. *Diabetic Medicine*. 2009; 26: 153-61.
 7. Egede LE, Ellis C. Diabetes and Depression: Global perspectives. *Diabetes Research & Clinical Practice*. 2010; 87: 302-12.
 8. Engum A, Mykletum A, Midthjell K, Holen A, Dahl AA. Depression and Diabetes, A Large Population-Based Study of Socio-demographic, Lifestyle, and Clinical Factors Associated with Depression in Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28: 1904-9.
 9. Groot M, Jacobson AM, Samson JA, Welch G. Glycemic Control and Major Depression in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46: 425-35.
 10. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and Poor Glycemic Control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 2000; 23: 934-42.
 11. Egede LE, Ellis C. The effects of Depression on Metabolic Control and Quality of Life in Indigent Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2010; 12: 257-62.
 12. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, Depression and Quality of Life: A population study. *Diabetes Care*. 2004; 27: 1066-70.
 13. M Pereira, JP Pereira, E Carqueja, C Neves, M Alves, D Carvalho, et al. "Qualidade de Vida na Diabetes Mellitus: aspectos condicionantes sobre tratamento e coping. *Arquivos de Psiquiatria* 2008; 1/2: p. 51-60.
 14. T Tuncay, I Musabak, D Gok, M Kutlu. The Relationship between Anxiety, Coping Strategies and Characteristics of Patients with Diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6: p. 79-88.
 15. EHB Lin, M Korff. Mental Disorders Among Persons with Diabetes – Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 65: p. 571-80.
 16. Khambaty T, Callahan CM, Perkins AJ, Stewart JC. Depression and Anxiety Screens as Simultaneous Predictors of 10-Year Incidence of Diabetes Mellitus in Older Adults in Primary Care. *Journal of American Geriatrics Society*. 2017; 65: 294-300.
 17. Barefoot JL, Dodge KA, Peterson BL, Dahlstrom WG, Williams RB. The Cook-Medley Hostility Scale: Item Content and Ability to Predict Survival. *Psychosomatic Medicine*. 1989; 51: 46-57.
 18. Weidner G, Friend R, Ficarroto TJ, Mendell NR. Hostility and Cardiovascular Reactivity to Stress in Women and Men. *Psychosomatic Medicine*. 1989; 51: 36-45.
 19. Vitaliano PP, Scalan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and Glucose: Relationships with Hassles, Anger, and Hostility in Nondiabetic Older Adults. *Psychosomatic Medicine*. 1996; 58: 489-499.
 20. Surwit RS, Williams RB, Siegler IC, Lane JD, Helms M, Applegate KC, et al. Hostility, Race, and Glucose Metabolism in Nondiabetic Individuals. *Diabetes Care*. 2002; 25: 835-9.
 21. Yi JP, Yi JC, Vitaliano PP, Weinger K. How Does Anger Coping Style Affect Glycemic Control in Diabetes Patients. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2008; 15: 167-172.
 22. Lahey BB. Public Health Significance of Neuroticism. *American Psychologist* 2009; 64: 241-56.
 23. Lane JD, McCaskill CC, Williams PG, Parekh PI, Feinglos MN, Surwit RS. Personality Correlates of Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2000; 23: 1321-25.
 24. Di Battista AM, Hart TA, Greco L, Gloizer J. Type 1 Diabetes Among Adolescents: reduced diabetes self-care caused by social fear and fear of hypoglycaemia. *The Diabetes Educator*. 2009; 35: 465-75.
 25. Green L, Feher M, Catalan J. Fears and phobias in People with Diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2000; 16: 287-93.
 26. Bradley C. *Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and management*. Londres, Harwood academic publishers. 1994.
 27. Garratt AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patients-Assessed Health Outcome Measures for Diabetes: a Structure Review. *Diabetic Medicine*. 2002; 19: 1-11.
 28. Bradley C, Todd C, Gordon T, Symonds TE, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Quality of Life Research*. 1999; 8: 79-91.
 29. Skeem JL, Schubert C, Odgers C, Mulvey EP, Gardner W, Lidz C. Psychiatric symptoms and community violence among high-risk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74: 967-79.
 30. Simões MR, Gonçalves M, Almeida LS, (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Braga, APPORT. 1999.
 31. Cohen M, Kanter Y. Relation Between Sense of Coherence and Glycemic Control in Type 1 and Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*. 2004; 29: 175-85.
 32. Rubin R. Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. 2000; 13: 21.
 33. Strotmeyer ES, Rekeire N, Schwartz AV, Faulkner KA, Resnick HE, Goodpaster BH, et al. The Relationship of Reduced Peripheral Nerve Function and Diabetes With Physical Performance in Older White and Black Adults. *Diabetes Care* 2008; 31: 1767-72.
 34. Undén AL, Elofsson S, Andréasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender Differences in Self-Rated, Quality of Life, Quality of Care, and Metabolic control in Patients with diabetes. *Gender Medicine*. 2008; 5: 162-180.
 35. Costa FA, Guerreiro JP, Duggan C. An Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQoL) for Portugal: Exploring Validity and Reliability. *Pharmacy Practice*. 2006; 4: 123-8.
 36. Silva I, Pais Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H. Qualidade de Vida

- e Complicações Crónicas da Diabetes. Análise Psicológica. 2003; 21: 185-94.
37. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosh JL, Cagliero E, De-lahanty L, et al. Correlates of Health-related Quality of Life in Type 2 Diabetes. *Diabetologia*. 2006; 49: 1489-97.
 38. Ryan C. British Outpatient Norms for the Brief Symptom Inventory. *Psychology and Psychotherapy*. 2007; 80: 183-91.
 39. Karlsen B, Bru E. Coping Styles Among Adults with Type 1 and Type 2 Diabetes. *Psychology, Health & Medicine*. 2002; 7: 245-59.
 40. Harris A, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization Increases Disability Independent of Comorbidity. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 24: 155-61.
 41. Papelbaum M, Moreira RO, Gaya CW, Preissier C, Coutinho WF. Impact of Body Mass Index on the Psychopathological Profile of Obese Woman. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32: 42-46.
 42. Jacobson AM, Groot M, Samson JA. The Effects of Psychiatric Disorders and Symptoms on Quality of Life in Patients with Type I and Type II Diabetes Mellitus. *Quality of Life Research*. 1997; 6: 11-20.
 43. Hyphantis T, Tomenson B, Paika V, Almyroudi A, C Pappa, Tsifetaki N, et al. Somatization is Associated with Physical Health-related Quality of Life Independent of Anxiety and Depression in Cancer, Glaucoma and Rheumatological Disorders. *Quality of Life Research*. 2009; 18: 1029-42.
 44. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. *Diabetes Care*. 2017; 40 (suppl 1): p. S33.