

Depressão e adesão ao tratamento no Diabetes Mellitus tipo 2

Depression and Treatment Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus

Paula Amália Carvalho Borges Andrade^{1*}, Layla Said Rezende¹, Luana Carolina Silva¹, Rafaela Scalia Fernandes¹, Ricardo Della Vedova Albuquerque¹, Vinicius Siqueira dos Santos¹, Carlos Eduardo Leal Vidal¹

1 - Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena – MG, Brasil.

Autor correspondente:

Carlos Eduardo Leal Vidal,
celv@uol.com.br

RESUMO

Introdução. O Diabetes Mellitus Tipo 2 possui elevada prevalência no Brasil. Muitos diabéticos apresentam depressão comórbida, e sua presença parece relacionar-se com piora clínica e interferir na adesão ao tratamento da patologia de base. A provável associação das doenças e consequente pior adesão à terapêutica instituída, justifica o empenho para identificar e tratar as duas variáveis em concomitância. **Objetivo.** Esse estudo visa verificar a possível relação entre sintomas depressivos e aderência à terapêutica instituída no diabetes. **Métodos.** Estudo transversal realizado no ambulatório de endocrinologia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena e desenvolvido com uma amostra de 134 pacientes. **Instrumentos:** Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). **Resultados.** Quando comparados o grupo de pacientes classificados sem depressão ou com depressão leve com o de pacientes com depressão moderada ou grave, verificou-se significância estatística nas variáveis de autocuidado com alimentação e realização de atividades físicas, nas quais as menores médias de dias semanais seguindo recomendação associaram-se ao segundo grupo. Por meio do teste de Spearman entre os escores do BDI e a escala QAD, observa-se que quanto maior os escores da escala de depressão, menor o autocuidado. Os maiores escores no BDI foram associados à menor adesão nas variáveis: sexo feminino, indivíduos < 60 anos, casados, hipertensos e naqueles com menos de cinco anos de diagnóstico. **Conclusão.** Fica evidente a necessidade de uma intervenção psiquiátrica adequada nos que refram queixas depressivas, principalmente quando associadas a um controle metabólico inadequado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2. Depressão. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Autocuidado.

ABSTRACT

Introduction. Type 2 Diabetes Mellitus has a high prevalence in Brazil. Many diabetics have comorbid depression, and their presence seems to be related to clinical worsening and interfere with adherence to treatment of baseline pathology. The probable association of the diseases and the consequent worse adherence to the instituted therapy, justifies the effort to identify and treat the two variables concurrently. **Objective.** This study aims to verify the possible relationship between depressive symptoms and adherence to therapy instituted in diabetes. **Methods.** Cross-sectional study conducted at the endocrinology clinic at The Teaching Hospital of Barbacena Medical College and developed with a sample of 134 patients. **Instruments.** Beck Depression Inventory (BDI) and Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ). **Results.** When comparing the group of patients classified without depression or mild depression with that of patients with moderate or severe depression, there was statistical significance in the variables of self-care with food and physical activity, in which the lowest averages of weekly days following recommendation were associated with the second group. Through the Spearman test between the BDI scores and the DSMQ scale, it is observed that the higher the scores on the depression scale, the lower the self-care. The highest BDI scores were associated with lower adherence to the variables: female gender, individuals <60 years, married, hypertensive and those with less than five years of diagnosis. **Conclusion.** The need for an appropriate psychiatric intervention is evident in those who report depressive complaints, especially when associated with inadequate metabolic control.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2. Depression. Treatment Adherence and Compliance. Self Care.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) é uma doença crônica de alta prevalência entre os brasileiros.¹ De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, em 2017, mais de 12 milhões de pessoas possuíam o diagnóstico de diabetes, sendo que o Brasil ocupava o 4º lugar entre os 10 países com maior número de indivíduos com esse diagnóstico. Essa enfermidade também possui alta prevalência no mundo,² atingindo cerca de 420 milhões de pessoas por todo o globo. Por exigir longos anos de acompanhamento e medições periódicas da glicemia, existe dificuldade em se conhecer a incidência real do DM 2³ mas, ainda assim, sabe-se que o número de novos casos tem tomado proporções cada vez maiores. Essa situação pode ser explicada por uma série de fatores como aumento da taxa de urbanização, dietas ricas em carboidratos e gorduras saturadas, industrialização, sedentarismo e aumento da expectativa de vida da população geral.⁴ No Brasil, cerca de 90% dos diabéticos são caracterizados como de tipo 2,⁵ sendo esta uma doença de etiologia múltipla que pode influenciar diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Além das comorbidades clínicas percebe-se a associação com sintomas psicológicos como o medo, a tristeza e a ansiedade, o que tende a ser comum em doenças crônicas. Tais sintomas colocam em risco a adesão e a eficácia dos tratamentos oferecidos,⁶ assim como dos autocuidados instruídos, e caso não sejam corretamente abordados e controlados podem evoluir para quadros depressivos. A depressão ocorre duas vezes mais em portadores de diabetes do que na população geral,⁷ fato que colabora para a tese de que ambos são parte de um conjunto de distúrbios que podem estar associados entre si e envolver diversos fatores da vida desses pacientes.

Alguns autores já demonstraram a relação entre diabetes e sintomas psíquicos,^{8,9} enfatizando que essas manifestações podem afetar a adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico e aumentar o risco de complicações do DM 2.⁹⁻¹¹ Estudos indicam que a depressão apresenta consequências não só psicológicas ao tratamento da síndrome metabólica, como desencadeia alterações neuroquímicas e hormonais que podem ter efeitos hiperglicemiantes, acarretando variações no metabolismo glicêmico. Além disso, algumas evidências sugerem que pacientes depressivos também possuem maior probabilidade de desenvolver DM 2, a partir de alterações hormonais e aumento da ativação imune.¹² Modificações do transporte de glicose em regiões específicas do cérebro também podem ocorrer em pacientes diabéticos, favorecendo o desencadeamento de distúrbios psíquicos.

Apesar de não ser totalmente esclarecido, há algumas pesquisas mostrando que a depressão é responsável por uma ativação das respostas imunoinflamatórias, como por exemplo, aumento nos níveis sanguíneos de citocinas pró-inflamatórias e seus receptores, que por sua vez podem adentrar no cérebro através de regiões onde a barreira hematoencefálica está ausente. Algumas dessas citocinas pró-inflamatórias são potentes ativadoras do eixo Hipotalamo-Hipofise-Adrenal.¹³

Essa ativação tem como consequência a hipersecreção de glicocorticoides e levam a um prejuízo na neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica cerebral, a uma dessensibilização de seus receptores centrais e, provavelmente, dos macrófagos, o que poderia justificar as diversas alterações imunes já descritas em quadros depressivos e um efeito hiperglicemiante através do cortisol.¹³

A depressão tem sido associada ao descontrole desse distúrbio e suas complicações,^{9,14} como neuropatia, nefropatia, retinopatia,

complicações macrovasculares e disfunção sexual.¹⁵ Os sintomas depressivos parecem também interferir na dieta, atividade física, no autocuidado e na adesão ao tratamento no DM 2.^{16,17} Estudos mostram que as limitações decorrentes de doenças crônicas são mais incapacitantes em pacientes depressivos do que em pacientes não depressivos,¹⁸ comprometendo a participação social desses diabéticos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

No que diz respeito à sintomatologia do DM 2, pesquisas já mostraram^{3,19} que a presença de depressão amplifica a percepção dos sintomas da diabetes, ainda que a gravidade desta esteja controlada. Ademais, a presença de sintomas depressivos parece aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis. Essa maior sensibilidade aos sintomas pode prejudicar o bem-estar desses pacientes, aumentando ainda mais as limitações já impostas por uma doença crônica.¹⁸ A depressão no DM 2 promove, assim, uma sucessão de causas e conseqüências que prejudica o controle da doença e dificulta a realização de um bom controle glicêmico.⁴

Diante do exposto, parece notável a relação entre as duas doenças e a importância de serem estudadas em conjunto para uma maior compreensão e maior eficácia no tratamento do DM 2. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar a influência da depressão na adesão ao tratamento e ao autocuidado de pacientes com DM 2, assim como a associação com variáveis sociodemográficas.

MÉTODOS

Procedimentos

Estudo com delineamento seccional realizado com amostra de pacientes portadores de DM 2 atendidos em ambulatório de Endocrinologia no município de Barbacena, Minas Gerais, no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. O referido ambulatório realiza 45 consultas semanais e atende a microrregião de Barbacena, compreendendo população de aproximadamente 250 mil habitantes.

A amostra foi selecionada por conveniência, considerando uma prevalência média de 15% de depressão em pacientes diabéticos, nível de significância de 5% e poder de 80%, acrescida de 10% de possibilidade de perdas.

Critérios de inclusão: Pacientes > 18 anos, diagnosticados com DM 2 em tratamento medicamentoso, ambos os sexos, portadores ou não de outras comorbidades.

Critérios de exclusão: Pacientes < 18 anos e os que não concordaram em participar do estudo.

Após a concordância em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pacientes responderam dois instrumentos, além de um questionário com informações sobre variáveis sociais.

Instrumentos de medida

Questionário BDI: A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory), criada por Aaron Beck, foi originalmente desenvolvida para garantir medida quantitativa da intensidade do quadro depressivo, e consiste em um questionário de autoavaliação com 21 itens de múltipla escolha que será utilizada para medir a severidade de episódios depressivos.

A escala foi traduzida e validada em múltiplos idiomas,²⁰ e continua a ser largamente utilizado em centenas de estudos. Apresenta sensibilidade de 94,4%, especificidade de 90,6%.²¹

Cada item é posicionado em uma escala de quatro pontos, de 0 a 3, sendo que 0 significa que não está apresentando sintomas, enquanto 3 significa que está apresentando uma forma grave deles.

O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0-9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29) e depressão severa (30-63).²²

Questionário QAD: O Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes foi traduzido e adaptado para o Brasil e sua versão fornece um questionário confiável e válido para avaliar a aderência ao autocuidado nos diabéticos em nosso meio,²³ portanto, será usado para avaliar a taxa de adesão ao tratamento desses pacientes.

O QAD avalia cinco aspectos do regime de tratamento do diabetes, agrupados em seis dimensões do autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, monitorização da glicemia, o cuidado com os pés e o uso da medicação, avaliando também o tabagismo.²⁴

Quando avaliados com o questionário, os pacientes relatam com que frequência eles realizaram as atividades ou os comportamentos nos sete dias anteriores. As respostas variam de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável, com os escores indicando as performances das atividades de autocuidado.²³

Análise estatística

Os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas especialmente para o estudo e digitadas em planilhas do programa Excel, processados em seguida por meio do software SPSS-17.0. Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Foram utilizados testes de associações como o teste do qui-quadrado e o teste de Fischer para variáveis categóricas, além do teste t de Student para variáveis contínuas. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre sintomas depressivos e a aderência ao tratamento. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Barbacena com o número de protocolo: 2.999.163 e CAEE: 00450918.0.0000.8307

RESULTADOS

Foram avaliados 134 pacientes, sendo a maioria mulheres (79,9%). Dentre os participantes, a idade média foi de 62 anos de idade, sendo que mais da metade da amostra estava acima dos 60 anos (66,4%) e eram casados (54,5%). A porcentagem de pacientes portadores de outras doenças crônicas foi de 61,9%, sendo 54,5% correspondentes à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Os pacientes classificados com provável depressão moderada ou grave, de acordo com a Escala de Depressão de Beck, corresponderam a 41%. Esses e outros dados podem ser encontrados na Tabela 1.

Sintomas depressivos de intensidade moderada e grave foram mais observados em pacientes não casados. Os dados referentes aos escores da escala BDI são apresentados na Tabela 2.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas em pacientes diabéticos do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de

Barbacena no período de dezembro de 2018 a abril de 2019.

Variável	N	%
SEXO		
Feminino	107	79,9
Masculino	27	20,1
ESTADO CIVIL		
Casados	73	54,5
Não Casados	61	45,5
COR		
Branços	63	47
Não Brancos	71	53
IDADE		
até 59 anos	45	33,6
> 60 anos	89	66,4
RELIGIÃO		
Católicos	107	79,9
Não Católicos	27	20,1
ESCOLARIDADE		
Até 9 anos	99	73,9
> 9 anos	35	26,1
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
1-5 anos	65	48,5
6-10 anos	37	27,6
> 10 anos	32	23,9
DOENÇA CRÔNICA		
Sim	83	61,9
Não	51	38,1
COMORBIDADES		
HAS	73	54,5
Cardiopatía	17	12,7
DRC	3	2,2
DEPRESSÃO		
Sim	55	41
Não	79	59
CLASSIFICAÇÃO		
Nenhuma	51	38,1
Leve	28	20,9
Moderada	35	26,1
Grave	20	14,9

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DRC: Doença renal crônica.

Tabela 2 - BDI comparado às variáveis do estudo com os pacientes diabéticos do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena no período de dezembro de 2018 a abril de 2019

Variáveis	Sem Depressão / Leve		Depressão Moderada / Grave		p
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	59	55,1	48	44,9	0,07
Masculino	20	74,1	7	25,9	
ESTADO CIVIL					
Casado	49	67,1	24	32,9	0,03
Não Casado	30	49,2	31	50,8	
COR					
Branços	41	65,1	22	34,9	0,17
Não brancos	38	53,5	33	46,5	
IDADE					
Até 59 anos	30	66,7	15	33,3	0,19
>60 anos	49	55,1	40	44,9	
RELIGIÃO					
Católicos	61	57	46	43	0,36
Não Católicos	18	66,7	9	33,3	
ESCOLARIDADE					
Até 9 anos	54	54,5	45	45,5	0,08
> 9 anos	25	71,4	10	28,6	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO					
Até 5 anos	39	60	26	40	0,81
> 5 anos	40	58	29	42	
DOENÇA CRÔNICA					
Sim	31	60,8	20	39,2	0,73
Não	48	57,8	35	42,2	
HAS					
Sim	36	59	25	41	0,99
Não	43	58,9	30	41,1	

BDI = Inventário de Depressão de Beck

O coeficiente de correlação de Spearman entre os escores do BDI e a escala QAD foi de -0,33 ($p < 0,001$), evidenciando um relacionamento negativo, ou seja, quanto maior os escores da escala de depressão, menor o autocuidado. Naqueles pacientes que apresentaram maiores escores na BDI, observou-se menor adesão entre as mulheres ($r = -0,410$; $p < 0,001$), nos indivíduos com menos de 60 anos de idade ($r = -0,603$; $p < 0,001$), nos casados ($r = -0,320$; $p = 0,003$), nos hipertensos ($r = -0,401$; $p < 0,001$) e naqueles com menos de cinco anos de diagnóstico da doença ($r = -0,480$; $p < 0,001$).

Os dados referentes aos escores médios do Questionário de Atividades de Autocuidado estão exibidos nas Tabelas 3 e 4. Em relação à classificação do BDI, pacientes que apresentavam depressão moderada/grave apresentaram uma menor média de dias semanais seguindo uma dieta balanceada e realizando atividades físicas do que quando comparados aos entrevistados sem depressão ou com depressão leve.

A presença de outras doenças crônicas também se associou com redução na média de dias semanais seguindo uma dieta balanceada. Já em relação ao sexo, notou-se que as pacientes do sexo feminino monitoravam sua glicemia, em média, por mais dias semanais do que os de sexo masculino. O mesmo foi observado em relação ao tempo de diagnóstico da diabetes, uma vez que os pacientes que possuíam tempo de diagnóstico há mais de cinco anos monitoravam sua glicemia por mais dias semanais quando comparados com os pacientes que possuíam até cinco anos de diagnóstico.

Em relação ao tratamento medicamentoso, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos sem depressão ou com depressão leve e com depressão moderada ou grave.

Tabela 3 – QAD de 1 a 3 avaliados pela média de número de dias comparado às variáveis do estudo em pacientes diabéticos do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena no período de dezembro de 2018 a abril de 2019.

Variável	QAD 1 - Alimentação Geral		QAD 2 - Alimentação Específica		QAD 3 - Atividade Física	
CLASSIFICAÇÃO BDI			p			p
Sem depressão/Leve	3,51±2,30	0,006	3,98±1,62	0,13	2,24±2,33	0,02
Depressão Moderada/ Grave	2,41±2,19		3,52±1,87		1,34±2,10	
SEXO						
Feminino	3,33±2,27	0,50	4,11±1,76	0,29	2,53±2,54	0,09
Masculino	2,99±2,33		3,72±1,73		1,70±2,18	
IDADE						
até 59 anos	3,35±2,38	0,30	3,84±1,80	0,30	2,05±2,39	0,51
> 60 anos	2,91±2,27		3,77±1,71		1,78±2,22	
ESTADO CIVIL						
Casado	3,18±2,34	0,50	3,82±1,72	0,86	1,84±2,17	0,86
Não Casado	2,91±2,29		3,77±1,77		1,91±2,41	
RELIGIÃO						
Católico	2,92±2,27	0,17	3,66±1,72	0,07	1,74±2,12	0,26
Não Católico	3,61±2,43		4,33±1,73		2,38±2,77	
COR						
Branco	3,04±2,15	0,94 3,79±1,70	0,97	2,38±2,42	0,01	
Não Branco	3,07±2,46		3,80±1,78		1,42±2,05	
PROCEDÊNCIA						
Barbacena	3,16±2,33	0,41	3,92±1,78	0,18	2,06±2,36	0,13
Outras Cidades	2,81±2,26		3,48±1,62		1,41±1,99	
ESCOLARIDADE						
até 9 anos	3,04±2,41	0,84	3,91±1,79	0,21	1,59±2,05	0,35
> 9 anos	3,19±2,02		3,48±1,57		2,67±2,68	
DOENÇA CRÔNICA						
Sim	3,45±2,29	0,01	3,98±1,67	0,01	1,81±2,22	0,67
Não	2,42±2,22		3,49±1,81		1,98±2,37	
HAS						
Sim	3,35±2,31	0,11	3,91±1,67	0,38	1,78±2,28	0,61
Não	2,73±2,28		3,65±1,82		1,98±2,28	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO						
até 5 anos	3,29±2,35	0,32	3,71±1,69	0,32	2,05±2,16	0,37
> 5 anos	2,87±2,27		3,88±1,79		1,71±2,38	

Os dados foram apresentados com média e desvio padrão

QAD = Questionário de Atividades de Autocuidados com Diabetes

QAD 1 = média de QAD 1.1 + QAD 2.2

QAD 2 = média de QAD 2.1 + QAD 2.2 + QAD 2.3

QAD 3 = média de QAD 3.1 + QAD 3.2 + QAD 3.3

Tabela 4 - QAD de 4 a 6 avaliados pela média de número de dias comparado às variáveis do estudo em pacientes diabéticos do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena no período de dezembro de 2018 a abril de 2019.

Variável	QAD 4 - Monitorização da Glicemia		QAD 5 - Cuidado com os pés		QAD 6 - Medicação	
CLASSIFICAÇÃO						
BDI			P			P
Sem depressão/Leve	2,36±2,53	0,88	3,85±2,44	0,38	6,68±1,00	0,21
Depressão Moderada/Grave	2,29±2,81		3,47±2,51		6,43±1,32	
SEXO						
Feminino	3,09±2,92	0,09	3,88±2,41	0,65	6,81±0,78	0,13
Masculino	2,14±2,54		3,64±2,48		6,52±1,22	
IDADE						
até 59 anos	1,96±2,36	0,25	3,34±2,07	0,21	6,66±0,89	0,55
> 60 anos	2,51±2,76		3,87±2,63		6,53±1,26	
ESTADO CIVIL						
Casado	2,22±2,44	0,61	3,98±2,47	0,13	6,49±1,25	0,32
Não Casado	2,45±2,88		3,34±2,43		6,65±1,00	
RELIGIÃO						
Católico	2,37±2,63	0,68	3,43±2,52	0,06	6,61±1,03	0,49
Não Católico	2,14±2,73		4,72±1,95		6,44±1,55	
COR						
Branco	2,27±2,64	0,79	4,01±2,41	0,17	6,65±0,93	0,47
Não Branco	2,38±2,66		3,42±2,48		6,51±1,31	
PROCEDÊNCIA						
Barbacena	2,44±2,69	0,43	3,68±2,45	0,94	6,72±0,85	0,07
Outras Cidades	2,05±2,52		3,71±2,52		6,23±1,62	
ESCOLARIDADE						
até 9 anos	2,15±2,71	0,19	3,68±2,62	0,9	6,56±1,20	0,77
> 9 anos	2,82±2,44		3,73±1,98		6,62±1,00	
DOENÇA CRÔNICA						
Sim	2,39±2,69	0,74	3,98±2,63	0,03	6,66±1,00	0,3
Não	2,23±2,58		3,23±2,11		6,45±1,23	
HAS						
Sim	2,43±2,71	0,61	4,26±2,53	0,07	6,68±1,02	0,24
Não	2,21±2,57		3,01±2,21		6,45±1,28	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO						
até 5 anos	1,81±2,31	0,02	3,52±2,32	0,44	6,76±0,69	0,06
> 5 anos	2,81±2,86		3,85±2,59		6,40±1,43	

Os dados foram apresentados com média e desvio padrão

QAD = Questionário de Atividades de Autocuidados com Diabetes

QAD 4 = média de QAD 4.1 + QAD 4.2 + QAD 4.3

QAD 5 = média de QAD 5.1 + QAD 5.2 + QAD 5.3

QAD 6 = média de QAD 6.1 + QAD 6.2

DISCUSSÃO

O estudo em discussão avaliou a presença de sintomas depressivos em pacientes diabéticos e uma possível relação desses sintomas com uma menor adesão ao tratamento e aos autocuidados nesta doença.

Sabe-se que existe associação entre depressão e diabetes, visto que pacientes diabéticos possuem duas vezes mais chances de desenvolver quadros depressivos, assim como pacientes com depressão estão mais propensos a desenvolver DM2.⁸ Embora os mecanismos envolvidos na associação dessas duas doenças não estejam totalmente esclarecidos, algumas evidências sugerem que certas alterações do transporte de glicose no cérebro, alterações hormonais e aumento de mediadores inflamatórios e imunes poderiam ser responsáveis pela relação entre as duas doenças.

Os resultados sociodemográficos entre os pacientes da instituição estudada mostraram uma predominância do sexo feminino, idosos, baixo grau de escolaridade, presença de HAS associada, renda familiar baixa e menor tempo de diagnóstico, sendo a maioria dos pacientes procedente de Barbacena.

No presente estudo, a porcentagem de pacientes com depressão foi relevante estatisticamente, já que a maioria dos adultos entrevistados nessa pesquisa foram classificados como depressivos leves, moderados ou graves. Outros estudos já tinham encontrado essa mesma relação,^{8,9} o que corrobora com a premissa de que indivíduos com diabetes possuem maior tendência a possuir sintomas depressivos.

A presença de depressão se relacionou inversamente à adesão ao tratamento, o que vai ao encontro com a literatura, visto que muitos estudos mostraram que pacientes depressivos não realizam a terapêutica instruída, assim como os autocuidados.^{8,10,11}

Existe um consenso de que a HAS é cerca de duas vezes mais frequente entre indivíduos diabéticos.⁴ Considerando que a hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta²⁵ e na população estudada a prevalência foi de mais da metade, o estudo corrobora para esse dado. Essa associação merece ser avaliada com atenção, uma vez que a hipertensão nos diabéticos aumenta o risco de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e aterosclerose.²⁶

Também foi observado que pacientes com menos de cinco anos de diagnóstico apresentaram menor adesão ao tratamento. Isso possivelmente está relacionado ao fato de que aqueles com um maior convívio com a doença podem ter um melhor conhecimento e maior facilidade com o tratamento.²⁷

Pacientes classificados por meio do BDI com depressão moderada/grave apresentaram menor adesão à dieta balanceada e realização de atividade física. Sabe-se que transtornos depressivos se caracterizam por perda de interesse e prazer, falta de energia, distúrbios de sono e apetite. Um estudo realizado com 49.025 indivíduos observou que comportamentos nocivos à saúde são mais prevalentes naqueles que reportaram humor depressivo por mais de sete dias, sendo o sedentarismo um dos que apresentou relação mais forte com sintomas depressivos. Com relação aos hábitos alimentares, todos os indicadores de alimentação não saudável avaliados foram mais prevalentes nos deprimidos.²⁸

A diferença encontrada entre as dimensões do autocuidado é consistente com a literatura, quando sugere que o nível de comprometimento com a terapêutica tende a diminuir de acordo com a complexidade do regime. Atividades como dieta e exercícios físicos são mais complexos pois podem ser influenciados por uma interação de processos, incluindo condicionamento, costume, nível de instrução e cultura. Sendo assim, foi observado um melhor nível de adesão ao tratamento farmacológico se comparado com a dieta, exercício e monitoramento. Essa constatação é congruente com aquelas encontradas por outros autores em estudos referentes ao consumo de medicamentos.²⁹

Os achados deste estudo podem sugerir uma maior preocupação

das mulheres com sua própria saúde e tratamento da diabetes. Goldenberg *et al.* avaliando o diabetes autorreferido no município de São Paulo, verificaram que entre os pacientes diagnosticados as mulheres frequentaram mais os serviços de saúde.³⁰

O presente estudo apresentou algumas limitações, como a escolha pelo estudo seccional, no qual a exposição e a condição de saúde dos participantes foram determinadas simultaneamente, sendo realizada posteriormente uma comparação entre as condições as quais os entrevistados estão expostos, doenças associadas e a adesão à terapêutica. Outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra, que pode ter interferido nos resultados obtidos, assim como o fato de terem sido avaliados pacientes provenientes de amostra clínica, não considerando pacientes da população geral, o que poderia implicar em correlações mais robustas.

Os achados reforçam a necessidade de uma avaliação multidisciplinar do paciente com diabetes, baseada em conteúdos educativos que enfoquem que a manutenção do estilo de vida aliada à saúde mental é tão importante quanto o tratamento medicamentoso, incluindo suporte psiquiátrico adequado naqueles que refiram queixas depressivas, principalmente quando associada a um controle metabólico inadequado. Tal constatação revela a necessidade de replanejar as estratégias e intervenções cognitivo-educativas, para diminuir o risco de complicações e melhorar a qualidade de vida dessa população. Faz-se necessário também um maior contingente de estudos sobre a influência negativa da depressão no tratamento e autocuidado do diabetes, uma vez que poucas das relações existentes foram elucidadas por estudos atualizados.

CONCLUSÃO

O presente estudo observou que, apesar dos esforços públicos e da equipe de saúde em esclarecer e instruir a população quanto à adesão ao tratamento e aos cuidados pessoais, uma parcela dos pacientes ainda não segue todas as recomendações dadas por estes profissionais. Pacientes estratificados sem depressão, depressão leve, moderada e grave, obtiveram diferenças significativas em relação às variáveis de autocuidado: alimentação e atividade física. No entanto, essa diferença não foi observada com relação ao tratamento medicamentoso.

Nos pacientes que apresentaram maiores escores na BDI, observou-se menor adesão entre as mulheres, nos indivíduos com menos de 60 anos de idade, nos casados, nos hipertensos e naqueles com menos de cinco anos de diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atlas IDF 2017 – Diabetes no Brasil. [Internet]. São Paulo, Brasil; 2017. [acesso em: 10 maio 2019]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>.
2. Global Report on Diabetes. World Health Organization, WHO, 2016.
3. Oliveira JEP, Montenegro Junior RM, Vencio S (org). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017. [acesso em: 10 maio 2019]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

4. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. Bras. Enfer.* 2007; 60(1):49-54.
5. Coelho MP, Chianca TCM, Soares SM. Depressão em pessoas diabéticas – desvelando o inimigo oculto. *Rev. Min. Enfer.* 2013;17(4):771-81.
6. Braz JM, Silva MR, Gois CFL, Braz TM, Santos V, Silva LASM. Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. Min. Enfer.* 2012;13(5):1092-9.
7. Borges AM, Gorayeb R, Freitas MCF. Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário. *Arq. Bras. Psicol.* 2013;65(2):214-29.
8. Babenko AY, Mosikian AA, Lebedev DL, Khrabrova EA, Shlyakhto EV. Mental state, psychoemotional status, quality of life and treatment compliance in patients with Type 2 diabetes mellitus. *J Comp Eff Res.* 2019;8(2):113-20.
9. Murdock KW, LeRoy AS, Lacourt TE *et al.* Executive functioning and diabetes: the role of anxious arousal and inflammation. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;71:102-9.
10. Lunghi C, Zongo A, Moisan J, Grégoire JP, Guénette L. The impact of incident depression on medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab.* 2017;43(6):521-8.
11. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2005;32(3):149-59.
12. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. *Diabetes Care* 2017;40(Suppl. 1):S1–S135.
13. Vismari L, Alves GJ, Palermo-Neto J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Ver. Psiq. Clín.* 2008;35(5):196-204.
14. Dirmaier J, Watzke B, Koch U, Schulz H, Lehnert H, Pieper L, *et al.* Diabetes in primary care: prospective associations between depression, nonadherence and glycemetic control. *Psychother Psychosom.* 2010;79(3):172–8.
15. Apelqvist J, Bakker K, van Houtum WH, Schaper NC, International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: based upon the International 66 Consensus on the Diabetic Foot (2007) Prepared by the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes Metab. Res. Rev.* 2008;24(1):181-7.
16. Egede LE, Ellis C, Grubaugh AL. The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2009;31(5):422-7.
17. Kostev K, Jacob L. Association between depression and persistence with oral antihyperglycemic drugs in type 2 diabetes mellitus patients in Germany. *Psychiatry res.* 2018;261:90-3.
18. Jacobson JL, Jacobson AM. *Psychiatric Secrets.* 2nd ed. Philadelphia: Hanley e Belfus; 2001.
19. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. The Relationship of Depressive Symptoms to Symptom Reporting, Self-Care and Glucose Control in Diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(4):731-36.
20. Steele GI, Edwards DJA. Development and Validation of the Xhosa Translations of the Beck Inventories: 2. Item Analysis, Internal Consistency and Factor Analysis. *J. Psychol. Afr.* 2008;18(2):217-26.
21. Oliveira GNM, Araujo Filho GM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, *et al.* Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. *J. Bras. Psiquiatr.* 2011;60(2):131-4.
22. Baptista MN, Souza MS, Alves GAS. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF* 2008;13(2):211-20.
23. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2010;54(7):644-51.
24. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. In: Bradley C, *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice.* England: Harwood Academic Publishers/Gordon; 1994. p. 351-75.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo. *Cadernos de Atenção Básica,* 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p 96.
26. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(1):175-84.
27. Ramos LBS, Santana CN, Araújo LLC, Jesus GP, Gois CFL, Santos FLFG, *et al.* Qualidade de vida, depressão e adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. Bras. de Ciên. Saúde* 2017;21(3):261-8.
28. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev. Saúde Públ.* 2017;51(1):1-8.
29. Dunning T, Manias E. Medication knowledge and self-management by people with type 2 diabetes. *Aust. J. Adv. Nur.* 2005;23(1):7-14.
30. Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad. Saúde Pública* 1996;12(1):37-45.