



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA JOÃO LAJOSO AMORIM

***Sintomatologia depressiva em doentes com Diabetes Mellitus
tipo 2 e Artrite Reumatóide: um estudo comparativo***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO

MARÇO DE 2017

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Sintomatologia depressiva em doentes com
Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Artrite Reumatóide:
Um estudo comparativo**

Maria João Lajoso Amorim*

*Endereço eletrónico do autor: juamorim2005@hotmail.com

ÍNDICE

Abreviaturas_____	7
Resumo_____	8
Abstract_____	10
Introdução_____	12
Material e métodos_____	16
Amostra_____	16
Critérios de inclusão_____	16
Procedimento_____	16
Instrumentos_____	17
Análise estatística_____	20
Resultados_____	21
Discussão_____	30
Conclusão_____	38
Agradecimentos_____	39
Referências bibliográficas_____	40
Anexo _____	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Caraterização sociodemográfica _____	21
Tabela 2	Comorbilidades _____	23
Tabela 3	Complicações da DM2 _____	25
Tabela 4	Atividade da doença de acordo com o DAS-28 _____	26
Tabela 5	Incapacidade funcional na AR _____	27
Tabela 6	Tempo de doença e dia-a-dia do doente _____	27
Tabela 7	Interferência na vida do doente _____	28
Tabela 8	Sintomatologia depressiva na AR e DM2 _____	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Terapêutica DM2_____	23
Gráfico 2	Periodicidade de controlo glicémico_____	24
Gráfico 3	Terapêutica AR_____	25

ABREVIATURAS

AR – Artrite Reumatóide

BDI-II – Beck Depression Inventory Scale II Questionnaire

DAS-28 – Disease Activity Score - 28

Dc – Depressão clínica

DM2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

dp – Desvio padrão

HAQ-c – Health Assessment Questionnaire (versão curta)

M – Média

SNS – Sistema Nacional de Saúde

RESUMO

Introdução: É frequente a associação entre depressão e doença crónica, numa complexa inter-relação de natureza bidirecional, com implicações tanto para a gestão da doença crónica como para o tratamento da depressão. Integram o grupo de doença médica crónica a Artrite Reumatóide (AR), que se caracteriza por dor e incapacidade funcional, e a Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) associada à restrição das atividades diárias relacionada com a necessidade de cumprir regime terapêutico e a ameaça das complicações a longo prazo, sem a dor como foco central. Apesar da fisiopatologia e leque sintomático distintos, ambas condicionam um elevado risco de depressão.

Objetivos: Comparar a prevalência de sintomatologia depressiva entre doentes com DM2 e doentes com AR, relacionando-a com aspetos clínicos da patologia.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo-correlacional, comparativo com dois grupos selecionados por amostragem de disponíveis: grupo 1 - 37 doentes com diagnóstico de DM2; grupo 2 - 36 doentes com diagnóstico de AR. Como critérios de inclusão consideraram-se: idade mínima 25 anos e máxima 65; ausência de alterações cognitivas diagnosticadas; tempo de diagnóstico superior a um ano; ausência de outras patologias com condicionamento da sobrevida e aceitação de participação no estudo com o respetivo consentimento informado. Para a recolha de informação preconiza-se a utilização de um questionário sociodemográfico e variáveis clínicas relacionadas com a patologia construído para o efeito, Beck Depression Inventory – II (Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004) (BDI-II).

Resultados: Os grupos diferem entre si no que respeita ao sexo e idade, sendo equivalentes nos restantes parâmetros sociodemográficos. Os valores médios obtidos através do BDI-II evidenciam diferenças significativas entre os grupos, com valores superiores para os doentes com AR ($10,94 \pm 7,84$) comparativamente ao grupo da DM2 ($7,54 \pm 6,53$), apresentando os doentes com AR maior prevalência de Depressão Moderada e Grave. É possível observar uma associação positiva entre depressão e incapacidade funcional nos doentes com AR ($r= 0,603$, $\text{sig} < 0,001$) e nos doentes com DM2, uma relação positiva entre depressão e o número de complicações da patologia ($r= 0,551$, $\text{sig} < 0,001$).

Conclusão: A prevalência de depressão é manifestamente mais elevada nos doentes com AR relativamente aos doentes com DM2, estando fortemente relacionada com o grau de incapacidade funcional, no primeiro caso, e com as complicações da patologia no segundo. O reconhecimento desta associação e das suas implicações, pode permitir adotar uma estratégia diagnóstica e terapêutica mais eficaz não só no cuidado prestado ao doente como na qualidade de vida deste.

Palavras-chave: Doença crónica, Depressão, Diabetes *Mellitus* tipo 2, Artrite Reumatóide, Comorbilidade.

ABSTRACT

Introduction: The association between depression and chronic disease is often found in a complex bi-directional relationship, with implications for both chronic disease management and depression management. The chronic medical illness group includes Rheumatoid Arthritis (AR), which is characterized by pain and functional disability, and Type 2 Diabetes (DM2) associated with the restriction of daily activities related to the need to comply with the therapeutic regimen and the threat of long-term complications without pain as a central focus. Despite the pathophysiology and different symptomatic range, both conditions have a high risk of depression.

Objectives: To compare the prevalence of depressive symptoms among patients with DM2 and AR, relating it to clinical aspects of the disease.

Materials and Methods: Descriptive-correlational and comparative study with two groups selected by sampling of available: group 1 - 37 patients diagnosed with DM2; Group 2 - 36 patients diagnosed with AR. As inclusion criteria were considered: minimum age 25 years and maximum 65; absence of diagnosed cognitive changes; diagnostic time longer than one year; absence of other pathologies with survival conditioning and acceptance of participation in the study with their informed consent. A sociodemographic questionnaire and clinical variables related to the pathology constructed for the purpose and Beck Depression Inventory - II (Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004) (BDI-II) were used for the collection of information.

Results: Groups differ from each other in sex and age, being equivalent in the other sociodemographic parameters. The mean values obtained through BDI-II showed significant differences between groups, with higher values for AR patients (10.94 ± 7.84) compared to the DM2 group (7.54 ± 6.53), presenting the first group a greater prevalence of Moderate and Severe Depression. It is possible to observe a positive association between depression and functional disability in patients with AR ($r= 0.603$, $\text{sig}<0.001$) and in patients with DM2, a positive relation between depression and the number of pathological complications ($r= 0.551$, $\text{sig}<0.001$).

Conclusion: The prevalence of depression is markedly higher in patients with AR than in patients with DM2, being strongly related to the degree of functional disability in the first case and to the complications of the disease in the second. Recognition of this association and its implications may allow us to adopt a more effective diagnostic and therapeutic strategy not only in the care provided to the patient's disease but also in the patient's quality of life.

Key-words: Chronic disease, Depression, Type 2 Diabetes, Rheumatoid Arthritis, Comorbidity.

INTRODUÇÃO

A depressão clínica (Dc) surge frequentemente associada à doença física crónica.

Enquanto na população saudável, a incidência da Dc ronda os 5%, na população doente, esta poderá atingir os 15%, podendo então surgir como uma complicação da condição clínica em causa ou consequência do seu tratamento, como causa da doença física, simultaneamente por partilha de mecanismos fisiopatológicos, ou ainda por um mero acaso [1-3].

Sendo a Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) e a Artrite Reumatóide (AR) duas entidades clínicas pertencentes a este mesmo grupo (doença física crónica), ambas implicam diferentes alterações funcionais e/ou estruturais, assim como todo um processo psicológico de adaptação que pode englobar mais ou menos sofrimento, dor, disrupção de planos de futuro, agressões da autoimagem e autoestima, criando-se assim um “terreno favorável” ao aparecimento de Dc [4-8].

Esta complexa inter-relação, que surge entre os transtornos depressivos e doenças crónicas, tem implicações importantes tanto para a gestão da doença crónica como no tratamento da depressão [1, 9-12].

A DM2 é considerada uma das patologias com maior carga psicológica. A sua gestão condiciona uma alteração drástica dos hábitos de vida do indivíduo associando-se a um esquema terapêutico restritivo, que passa por aplicações regulares de insulina e monitorização diária da glicémia [13,14]. Vários estudos revelam uma maior prevalência de Dc em doentes diabéticos, que varia entre 11% e 25%, comparativamente à prevalência na população geral que varia entre os 3 e 5% [15-18]. A DM2 e a Dc afetam aproximadamente 8,3% e 10% da população mundial, respetivamente, e por isso é até expectável uma sobreposição entre as duas patologias. No entanto, estudos epidemiológicos mostram que as duas condições clínicas em simultâneo ocorrem duas vezes mais do que o que seria de esperar pelo acaso [19,20].

Esta associação tem sido amplamente documentada com evidência bidirecional, ora indiciando que a depressão atua como fator de risco para o desenvolvimento de DM2, ora que antecedentes de DM2 podem contribuir para o início do quadro depressivo.

Esforços para esclarecer esta ligação não têm, contudo, resultado em explicações definitivas, antes parecendo que uma complexa inter-relação entre fatores biológicos, psicossociais, genéticos e neuro-endócrinos estará na base da sobreposição entre condições [20,21].

Aparte dos esforços para determinar o que surge primeiro, doentes que experienciam simultaneamente os desafios de depressão e diabetes tem risco acrescido de obter piores resultados de ambas as perspectivas: psiquiátrica e endócrina, sabendo-se que há um pior controlo da glicémia, com maior risco de complicações, amplificação dos sintomas físicos e uma redução da eficácia e da adesão à terapêutica [13].

Estes doentes apresentam assim maior mortalidade por falência multiorgânica resultante das complicações micro e macrovasculares, que são potenciadas nos que experienciam sintomatologia depressiva [9,15,17].

Vários autores procuraram definir se esta comorbilidade está mais relacionada com os aspetos fisiopatológicos [5,18] ou com os aspetos psicossociais, concluindo frequentemente que os últimos desempenham um papel muito mais significativo na ocorrência de sintomatologia depressiva do que a hiperglicemia [10,13,22].

A carga física e psicológica desta “co-patologia” constitui uma exigência ainda maior para os seus portadores, emergindo assim uma relação quase que conflituosa em que a correta gestão de uma das patologias impede a correta gestão da outra [1,10,23].

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, crónica com períodos de agudização recorrentes.

Manifesta-se por uma poliartrite periférica e simétrica, que provoca destruição das superfícies articulares levando à deformidade mais ou menos grave destas, e à incapacidade funcional, acarretando uma série de consequências físicas e psicológicas para os indivíduos afetados, que culminam na diminuição significativa da qualidade de vida [3,24-27].

É elevada a prevalência de depressão nesta população em particular, variando entre os 17 a 70% [5,26,28], sendo significativamente maior do que a da população em geral e tão ou mais elevada do que na população com DM2 [1,7,29,30].

A presença da comorbilidade traduz-se num pior prognóstico a longo prazo, maior número de agudizações, maior intensidade da dor experienciada pelo indivíduo e maior mortalidade [2,31-34].

Também neste caso são várias as hipóteses que tentam explicar esta associação, ora contemplando a fisiopatologia da AR, que explicam o aparecimento dos sintomas depressivos como consequência do estado inflamatório crónico característica desta entidade [25], ora dando maior ênfase ao impacto da doença e das suas consequências na vida do doente, nomeadamente à alteração da auto-imagem, incapacidade funcional e dor crónica (experienciada por cerca de 80% dos doentes com AR) [23,35].

Os mecanismos e interações entre a Dc e AR são desconhecidos. Enquanto isso, têm sido sugerida uma natureza causal bidirecional, com a Dc a condicionar a atividade da AR, e, a AR a influenciar o desenvolvimento de Dc [26], com muitos estudos a sublinhar a incapacidade funcional e a dor como fatores mais determinantes, no aparecimento da sintomatologia depressiva [15,22,36,37].

Nesta patologia em particular é preciso não esquecer que a terapêutica, nomeadamente a corticoterapia e imunossupressão pode estar implicada no desenvolvimento de alguns sintomas depressivos [25].

Em ambos os casos, são vários os estudos que sugerem uma relação bidirecional entre a Dc e a entidade clínica em causa, em que a Dc surge como fator de risco ou de agravamento da doença, e a doença, e a sua atividade, influencia o desenvolvimento de Dc [7,26,38].

Perante esta associação de situações com características tão distintas, surge como objetivo para este estudo comparar resultados de avaliação de sintomatologia depressiva entre doentes com DM2, com alteração drástica dos hábitos de vida associada a um esquema terapêutico restritivo, e doentes com AR, com dor e incapacidade funcional como foco central da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

Sob o ponto de vista metodológico, o presente estudo integra-se no paradigma quantitativo, recorrendo à medição numérica e estatística para estabelecer com precisão os modelos de comportamento de uma população. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal, uma vez que a avaliação das variáveis em causa é efetuada num único momento.

- **Amostra**

Recorreu-se a uma amostra simples, não probabilística, constituída por 73 indivíduos, que aceitaram a participação, e acidental, constituída por sujeitos que são facilmente alcançáveis e se encontram presentes num determinado local, num dado momento.

- **Critérios de inclusão**

Todos os participantes foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 25 anos e máxima de 65 anos; nível cognitivo adequado para entenderem os procedimentos e orientações dadas; tempo de diagnóstico da patologia em causa superior a 1 ano e ausência de outras comorbilidades com impacto negativo marcado a nível da sobrevivência (como neoplasia).

- **Procedimento**

Para a recolha da informação pretendida, foi levada a cabo uma entrevista para aplicação dos questionários constituintes do protocolo de investigação, com a duração aproximada de 15 minutos, num único momento, em que, após o contacto inicial, foi entregue o questionário de caracterização sociodemográfica e os restantes instrumentos preconizados para o estudo. A recolha de dados decorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017.

Foi condição imprescindível para a obtenção da informação pretendida o consentimento livre e informado por parte dos participantes, que foi obtido após ser fornecida toda a informação relativa ao investigador, à natureza da investigação e objetivos da mesma.

Foi-lhes informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida e na análise dos dados, de forma que seja impossível o reconhecimento dos participantes.

- **Instrumentos**

Foram utilizados vários questionários de autorresposta já validados para a população portuguesa. Todos estes questionários mostraram adequadas qualidades psicométricas quando utilizados na população Portuguesa.

- 1. Questionário sociodemográfico e aspetos relacionados com a vivência da doença**

Houve necessidade de desenvolver um questionário de caracterização sociodemográfica e de informação relativa à sua perceção da própria patologia e vivência da mesma.

- 2. Beck Depression Inventory Scale II Questionnaire (Beck *et al.*, 1993), na versão Portuguesa, Inventário de Depressão de Beck (Ponciano, Cardoso & Pereira, 2004)**

Trata-se de um instrumento de avaliação que tem como objetivo averiguar a presença de sintomatologia depressiva.

É constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, cada uma possui um grupo que abarca as manifestações existentes nas diversas intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, no entanto, mantém-se a pontuação de 0 a 3),

dispostas por ordem crescente de intensidade. O indivíduo terá que selecionar a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas, incluindo o dia do questionário.

Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais [41].

A pontuação total do questionário situa-se entre zero e sessenta e três pontos.

Considera-se que uma pontuação entre 0 e 9 é indicador de Depressão Mínima (ausência de depressão), uma pontuação entre 10 e 16 é indicador de Depressão Ligeira, uma pontuação entre 17 e 29 é indicador de uma Depressão Moderada, uma pontuação entre 30 e 63 é indicador de Depressão Grave.

Do estudo psicométrico do instrumento resultou um alfa de Cronbach de 0.93 o que revela uma excelente consistência interna [41].

3. Disease Activity Score – 28 (DAS – 28)

Trata-se de uma escala de avaliação da atividade da AR amplamente utilizada, validada para a população Portuguesa em 1995, que inclui a contagem articular de 28 articulações dolorosas (TJC), 28 articulações tumefactas (SJC), velocidade de hemossedimentação (VHS) e uma escala analógica da dor de 0 a 100 (VAS). Todas estas variáveis são incluídas em um cálculo com a seguinte fórmula: $0,56 \times \sqrt{(TJC)} + 0,28 \sqrt{(SJC)} + 0,70 \times \ln(VHS) + 0,014 \times VAS$.

A medição da atividade da doença é feita numa escala contínua que permite categorizar o doente nos seguintes estadios de atividade: remissão ($<2,6$); Baixa atividade ($>2,6$ e $\leq 3,2$) Moderada atividade ($>3,2$ e $\leq 5,1$); Alta atividade ($>5,1$) [42].

4. Health Assessment Questionnaire – c (Fries, 1978), versão Portuguesa (Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa & Queiroz, 1996)

A versão curta do "Health Assessment. Questionnaire" (HAQ-c) desenvolvida por Fries na década de 80 é o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliar doentes reumáticos, prestando particular atenção à dor e capacidade funcional.

É de preenchimento rápido, concebido para ser aplicado como auto questionário, e foi já validado e adaptado para a população Portuguesa, apresentando uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0.934.

Inclui um questionário de avaliação funcional baseado em oito categorias de atividades (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar e outras atividades). Para cada uma das categorias existem quatro possíveis respostas que vão de "nenhuma dificuldade = 0" até "incapaz de fazê-lo = 3".

Inclui, também, um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte a terceiros para as atividades das oito categorias.

A pontuação final do HAQ, o Índice de Incapacidade (ID), é a média das pontuações das oito categorias, que pode ser dividida em ID leve (HAQ 0 a 1), ID moderado (HAQ 1 a 2) e ID elevado (HAQ 2 a 3) [39,43].

- **Análise estatística**

A análise de dados foi efetuada com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics 22*, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva os dados foram analisados por meio de cálculos referentes a frequências absolutas e relativas (para variáveis categóricas), bem como a média acompanhada de desvio-padrão como medida de dispersão (para variáveis métricas).

Para a análise de estatística inferencial, analisaram-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos através do teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que conforme Maroco (2007) este é adequado para amostras superiores a 30 e a severidade de assimetria e curtose.

Para comparação de grupos foram realizados testes de comparação de grupos através do qui-quadrado (para comparação de variáveis categóricas), assim como o teste t student para amostras independentes (para variáveis contínuas, que seguiam distribuição normal, e teste U de Mann-Whitney para as variáveis categóricas ou contínuas quando não observados os pressupostos de normalidade.

Para explorar associações entre as variáveis, procedeu-se ainda à análise de correlações de Pearson, Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte.

Considerou-se um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica

Participaram no estudo 73 doentes, que se encontram divididos em dois grupos: um grupo de doentes com DM2 (n=37) e um grupo de doentes com AR (n=36) (Tabela 1).

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica

	DM2 n= 37		AR n= 36		Teste
	n	%	n	%	
Sexo					$X^2=8,868, gl=1, sig=0,003$
Masculino	22	59,5	9	25,0	
Feminino	15	40,5	27	75,5	
Idade M (dp)	57,95(7,87)		52,92 (10,10)		$Z=-2,618, sig=0,009$
Min-Max	35 - 65		25 - 64		
Grupo de idade					
<45 anos	3	8,1	6	16,7	
46 a 55 anos	8	21,6	13	36,1	
56-65 anos	26	70,3	17	47,2	
Escolaridade					$Z=-0,353, sig=0,724$
Não sabe ler ou escrever	0	0,0	1	2,8	
Sabe ler e escrever	1	2,7	3	8,3	
1º ciclo(4ºano)	11	29,7	8	22,2	
2º ciclo e 3º ciclo (5º ao 9º)	12	32,4	12	33,4	
Ensino secundário/superior	13	35,1	12	33,3	
Estado civil					$X^2=1,258, gl=1, sig=0,262$
Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo	8	11,0	12	16,4	
Casado/União de facto	29	89,0	24	85,6	
Situação Profissional					
Empregado dependente	12	32,4	10	27,4	
Trabalhador por conta própria	8	21,6	4	11,1	
Desempregado	0	0,0	4	11,1	
Reformado	16	43,2	10	27,8	
Doméstica	1	2,7	8	22,2	

Enquanto o grupo DM2 é constituído maioritariamente por homens (59,5%), com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos ($M=57,95$, $dp=7,87$), o grupo de AR é composto maioritariamente por mulheres (75,5%) com idades compreendidas entre 25 e 64 anos ($M=52,92$, $dp=10,10$) em média, verificando-se diferenças significativas entre os grupos ($X^2=8,868$, $p=0,003$) quanto ao sexo.

Da análise de resíduos ajustados *standardizados* observa-se que há mais mulheres que o esperado com AR (3,0) e mais homens com DM2 (3,0).

Também em relação à idade se verificam diferenças significativas entre os grupos ($Z=-2,618$, $sig=0,009$), tendo o grupo de DM2 uma média de idade ($M=57,95\pm 7,87$) superior ao grupo de AR ($M=52,92\pm 10,10$).

Não se observam diferenças entre os grupos no que se refere à escolaridade ($Z=643.500$, $sig=0,799$), ao estado civil ($X^2=1,258$, $sig=0,262$) ou à situação profissional. Relativamente à situação profissional, e para efeitos de análise inferencial, foram formados dois grupos: os Ativos, integrando os Empregados dependentes, os Trabalhadores por conta própria e as Domésticas e os Não Ativos, integrando os Desempregados e os Reformados ($X^2=0,143$, $sig=0,705$).

Caraterização dos grupos: aspetos clínicos

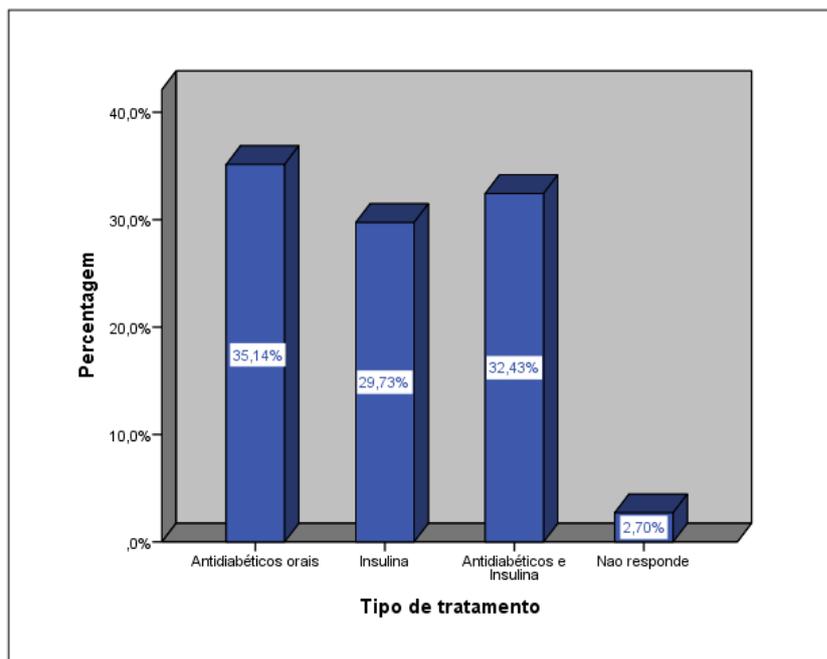
A amostra de doentes participantes neste estudo são maioritariamente portadores quer da DM2 quer da AR exclusivamente (51,4% e 94,4%, respetivamente), com uma pequena percentagem de indivíduos a referirem mais duas ou três situações patológicas (Tabela2).

Tabela 2. Comorbilidades

	DM2 <i>n</i> = 37		AR <i>n</i> = 36	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem outra Patologia	19	51,4	34	94,4
Anemia	1	2,7		
Apneia do sono	1	2,7		
Apneia do sono; Obesidade; Patologia osteoarticular	1	2,7		
Patologia osteoarticular	3	8,1		
Asma	1	2,7		
Patologia cardiovascular	3	8,1		
Deficiência vascular; Anemia; AVC sem sequelas	1	2,7		
Ansiedade	1	2,7		
HTA	2	5,4	1	2,8
HTA + Doença coronária,	1	2,7		
HTA + Patologia cardíaca valvular	1	2,7		
Patologia benigna da tiróide + HTA + Hipercolesterémia	1	2,7		
Hipertiroidismo			1	2,8
HTA + Hipercolesterolémia	1	2,7		

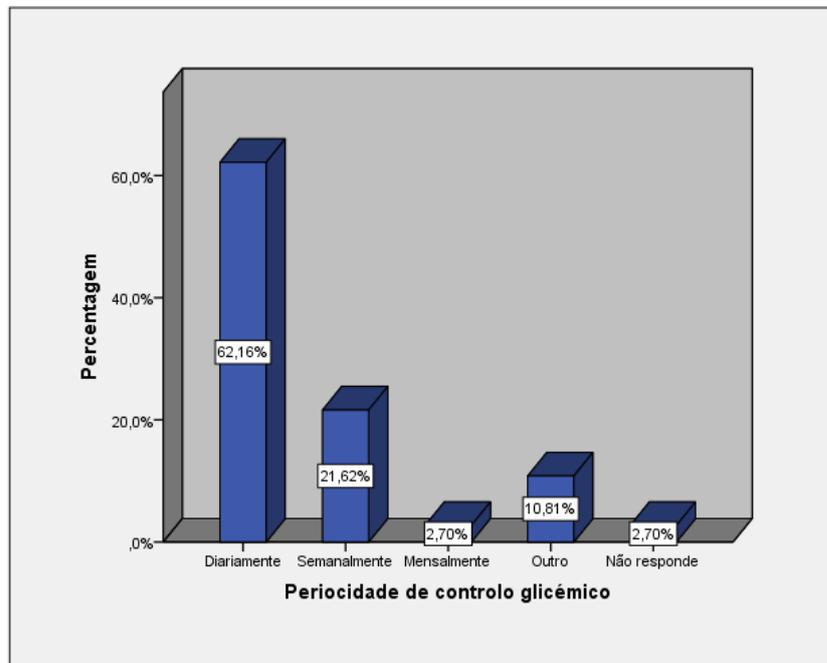
Relativamente ao tipo de terapêutica, no grupo de DM2 35,1% dos doentes faz tratamento com antidiabéticos orais, 29,7% com insulina e 32,4% recorre às duas estratégias terapêuticas mencionadas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Terapêutica DM2



O controlo glicémico é feito maioritariamente de forma diária (62,2%) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Periodicidade de controlo glicémico



Verificou-se que a grande maioria dos doentes do grupo DM2 já tinham complicações da patologia em causa (75,7 %), sendo que na sua maioria (75,0%) correspondem à categoria “Outras” que compreende alterações como hipertensão arterial, doença coronária cardíaca, doença arterial periférica, entre outras.

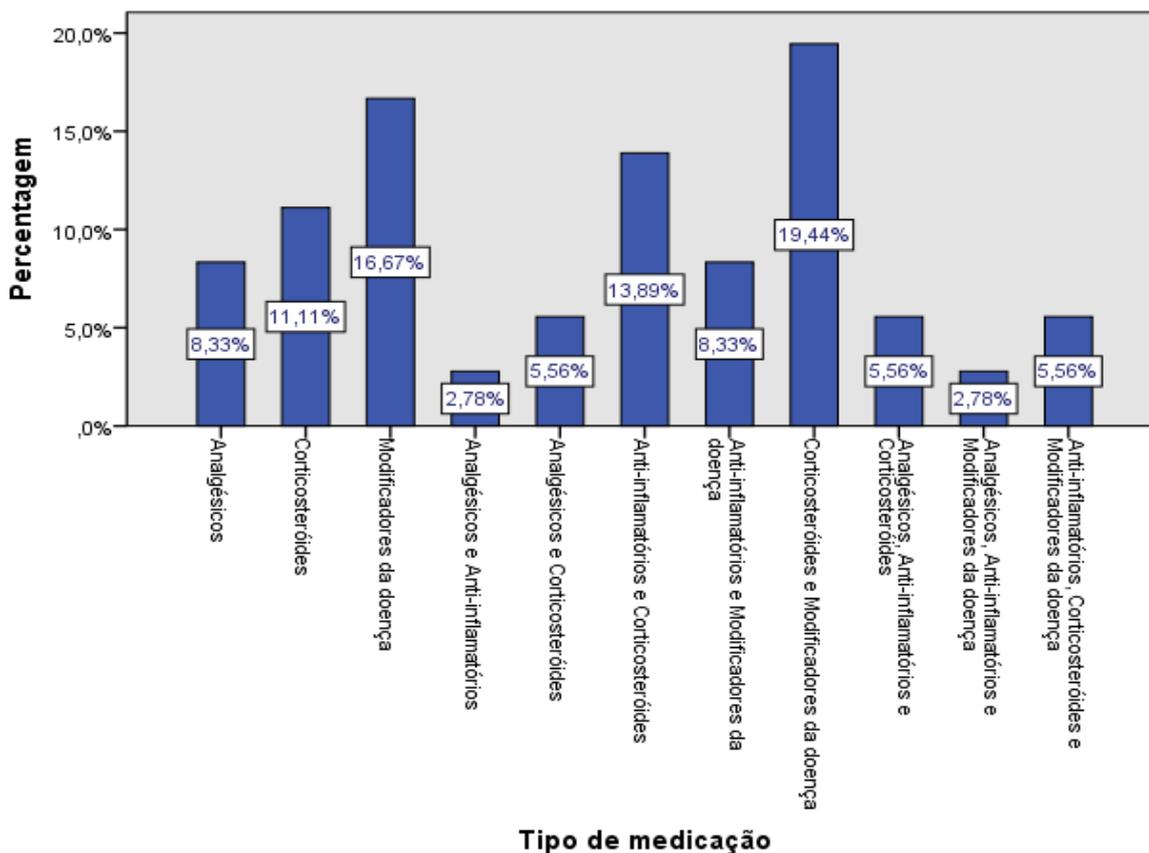
Em segundo lugar, como complicações mais frequentes, encontram-se alterações relativas ao órgão da visão (42,9%), que compreende entidades como a retinopatia diabética, entre outras. As restantes complicações foram muito menos frequentes na população do estudo (Tabela 3).

Tabela 3. Complicações da DM2

DM2 n= 37		n	%
Complicações da Diabetes			
Sem complicações		8	21,6
Com complicações		28	75,7
Não respondeu		1	2,7
Tipo de complicações			
Olho		12	42,9
Rim		3	10,7
Pé		3	10,7
Neuropatia Autonómica		6	21,4
Outras		21	75,0

De entre os doentes com complicações da DM2, 50% (14) refere ter uma complicação, 39,3% (11) duas e 10,7% (3) três.

Gráfico 3. Terapêutica da AR



Relativamente ao grupo da AR, verifica-se uma grande dispersão no que respeita às estratégias terapêuticas, com monoterapia ou com combinação de fármacos como observado no Gráfico 3.

No sentido de avaliar a atividade e severidade da AR foram recolhidas informações relativas ao número de articulações dolorosas, número de articulações tumefactas, VS e avaliação de dor de acordo com DAS-28, verificando-se que só um dos doentes se encontra em fase de alta atividade (Tabela 4).

Tabela 4. Atividade da doença de acordo com DAS-28

	AR n= 36	
	n	%
Atividade da doença (DAS 28)		
Remissão (< 2,6)	12	33,3
Baixa atividade ($\geq 2,6 \leq 3,2$)	6	16,7
Moderada atividade ($> 3,2 \leq 5,1$)	8	22,2
Alta atividade (>5,1)	1	2,8
Sem resposta	9	25,0

No que se refere à avaliação da Incapacidade Funcional através do HAQ-c, os resultados mostram que a maioria dos doentes com AR (63%) apresenta Incapacidade Moderada (Tabela 5).

Tabela 5. Incapacidade Funcional na AR

	AR n= 36	
	n	%
Incapacidade funcional		
Incapacidade Leve (HAQ 0 a 1)	13	36,1
Incapacidade Moderada (HAQ>1 a 2)	23	63,9
Incapacidade Elevada (HAQ>2 a 3)	0	0,0

Não se verificam diferenças com significado estatístico quando se comparam os grupos de DM2 e dos doentes com AR quanto ao tempo de conhecimento da sua doença ($t=0,430$, $sig=0,668$) (Tabela 6).

Tabela 6. Tempo de doença e dia-a-dia doente

	DM2 <i>n= 37</i>	AR <i>n= 36</i>	Teste
Tempo de doença <i>M (dp)</i>	13,43(9,439)	12,50 (9,066)	$t=0,430$, $gl=71$, $sig=0,668$
Min-Max	1 - 40	2 - 50	
Interferência no dia-a-dia <i>M (dp)</i>	39,17(31,993)	44,58 (25,839)	$t= -0,790$, $gl=71$; $sig=0,432$
Min-Max	0-100	0-90	

A análise do modo como a doença interfere no dia-a-dia de cada doente, evidencia um valor médio superior obtido pelos doentes com AR, contudo não de forma significativa ($t=0,790$, $sig=0,432$) (Tabela 6).

56,76% dos doentes com DM2 refere interferências da doença no seu quotidiano, apontando a área social como a mais afetada (27,0%), sendo esta percentagem manifestamente superior (80,5%) nos doentes com AR, e a área mais referida é, neste caso, a profissional (52,8%). Na comparação entre os grupos, verifica-se diferença no que se refere a sentirem-se ou não afetados ($X^2=3,845$, $sig=0,050$) (Tabela 7).

Tabela 7. Interferência na vida do doente

	DMT2 <i>n= 37</i>		AR <i>n= 36</i>		Teste
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Áreas afetadas pela doença					$X^2=3,845$, $gl=1$, $sig=0,050$
Refere não ter	13	35,1	6	16,7	
Refere ter	21	56,8	29	80,5	
Não responderam	3	8,1	1	2,8	
Área social	10	27,0	13	36,1	
Área profissional	6	16,2	17	52,8	
Área conjugal	3	8,1	4	11,1	
Área familiar	3	8,1	8	22,2	
Área pessoal	7	18,9	8	22,2	

Sintomatologia depressiva e doença crónica

No âmbito do principal objetivo do estudo foi avaliada a existência de sintomatologia depressiva nos dois grupos em estudo. Observa-se maior prevalência de Depressão Moderada (19,4%) e Grave (2,8%) no grupo da AR (Tabela 8).

Tabela 8. Sintomatologia depressiva AR e DM2

	DM2 <i>n</i> = 37		AR <i>n</i> = 36		Teste
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Grupos Sintomatologia depressiva					
Ausência de Depressão (0 a 9)	23	62,2	19	52,8	
Depressão Ligeira (10 a 16)	10	27,0	9	25,0	
Depressão Moderada (17 a 29)	4	10,8	7	19,4	
Depressão grave (30 a 36)	0	0,0	1	2,8	
Sintomatologia depressiva (BDI II) <i>M (dp)</i>	7,54 (6,53)		10,94 (7,84)		<i>t</i> =-2,018, <i>gl</i> =71, <i>sig</i> =0,47
Min-Máx	0 – 19		0 – 19		

Quando se compara valores médios obtidos através do BDI-II, encontram-se diferenças significativas entre os grupos, com valores superiores para os doentes com AR (10,94±7,84) (Tabela 7).

Procurando estabelecer alguma relação entre evolução da doença e Dc, analisou-se a associação entre os resultados obtidos para a sintomatologia depressiva e a incapacidade funcional utilizando-se o coeficiente de relação de Pearson, sendo possível determinar uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0,603$, $sig<0,001$).

Também em relação à DM2, procurou-se estudar a associação entre os resultados obtidos para a sintomatologia depressiva e o número de complicações inerentes à patologia, utilizou-se o coeficiente de relação de Pearson, sendo possível determinar uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=0,551$, $sig<0,001$).

DISCUSSÃO

A sintomatologia depressiva num doente com patologia crónica é frequentemente aceite como uma reação normal e compreensiva às dificuldades e exigências trazidas pela própria condição e ao facto do doente tomar conhecimento de ter uma patologia crónica que pode condicionar uma redução da esperança média de vida. Por sua vez, as cognições negativas experienciadas na depressão contribuem para a forma como o doente interpreta e percebe os sintomas. Esta complexa inter-relação irá ter implicações importantes tanto na gestão da doença crónica como no tratamento da depressão. Assim, investigar neste campo, diagnosticar e tratar corretamente as alterações do humor pode ser uma área fundamental de intervenção na área da saúde.

Posto isto, surge o presente estudo onde foram avaliados 73 doentes, divididos em dois grupos, um com DM2 (37 doentes) e outro com AR (36 doentes).

Na análise de equivalência entre grupos, verificou-se a existência de diferença significativa no que diz respeito ao sexo. O grupo de DM2 é constituído por uma população relativamente heterogénea, com ligeiro predomínio de indivíduos do sexo masculino. Já no caso da AR, o grupo é maioritariamente constituído por mulheres. Este achado pode ser facilmente explicado pelo facto de que a AR é mais prevalente no sexo feminino, atuando este como um fator de risco para o desenvolvimento da própria patologia.

Um outro aspeto em que se distinguem é na média de idade, diferença que de certo modo era esperada, uma vez que a natureza autoimune da AR faz com que esta se manifeste em regra mais cedo do que a DM2, que está sobretudo relacionada com uma série de fatores de risco, dos quais fazem parte a idade.

Já em relação a outros aspetos sociodemográficos, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos estudados (estado civil, escolaridade e situação

profissional). No que concerne à profissão, seria de esperar uma maior prevalência de indivíduos no grupo Não Ativo na AR, uma vez que uma das principais consequências da patologia é a incapacidade funcional que condiciona sobretudo limitação da capacidade e eficácia de trabalho. No entanto, o fato de não existirem diferenças pode ser facilmente explicado pela maior média de idades no grupo da DM2, que condiciona um número significativo de indivíduos já reformados.

A DM2 e a AR são, de acordo com a literatura da área, patologias fortemente associadas a manifestações depressivas. Contudo, caracterizam-se por uma fisiopatologia, leque sintomático e estratégias de intervenção terapêutica completamente díspares.

Verificou-se que, independentemente do recurso a terapêutica isolada ou combinada, a grande maioria dos doentes com DM2 estudados faz insulino terapia. É por isso importante referir que vários estudos apontam que estes doentes tem maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva comparativamente aos que recorrem apenas aos antidiabéticos orais ou controlo dietético [20]. A insulina não causa diretamente Dc mas está indicada sobretudo em doentes com níveis glicémicos mais descontrolados, e naturalmente, doença mais evoluída com maior número de complicações.

Ora, em consequência, também a grande maioria dos indivíduos do grupo DM2 apresenta complicações inerente à patologia em si. É de conhecimento geral que a presença de complicações, principalmente microvasculares, como é o caso da Retinopatia diabética, confere uma grande vulnerabilidade para o aparecimento de Dc, independentemente da existência de outros fatores de risco [19], como o caso da comorbilidade.

No presente estudo foi resultado inesperado a diferença evidenciada nas respostas relativas a presença de outras patologias entre os doentes com DM2 e AR, nomeadamente no que se refere aos doentes com AR, que, quase na sua totalidade, negaram a coexistência de

outras entidades patológicas. Poderá dever-se não só à idade inferior evidenciada por este grupo, mas também à eventual focalização da atenção destes na AR como patologia principal.

Focando agora no grupo da AR, relativamente ao tipo de estratégias terapêuticas usadas, apesar de díspares são poucos os doentes que não utilizam corticoterapia nem os ditos modificadores de doença, grupo que engloba um vasto leque de novos fármacos dos quais fazem parte agentes biológicos (anticorpos monoclonais dirigidos ao fator de necrose tumoral alfa) e os fármacos antirreumáticos como metotrexato, sulfasalazina e hidroxicloroquina. Revisão da literatura mostra que o humor depressivo pode efetivamente estar relacionada com estes dois tipos de terapêutica em particular [34].

Na avaliação da severidade da AR conclui-se que a média do número de articulações dolorosas e tumefactas, que indicam fase aguda ou ativa da doença, foi superior à média do número de articulações disformes, fase crónica, não ativa.

A fase ativa da doença condiciona elevado grau de sofrimento, e isso também se reflete na intensidade da dor referida pelos indivíduos da amostra. Lin *et al.* (2015) procuraram numa extensa revisão sistemática da literatura definir a relação existente entre 6 categorias de risco para a Dc na AR: aspetos sociodemográficos, dor, *coping*, suporte social, incapacidade funcional e outros fatores clínicos. Os autores referem que apenas a dor e a incapacidade funcional emergiram como correlação consistente e preditores de Dc [33].

A correlação entre a incapacidade funcional e Dc foi também demonstrada no presente estudo, recorrendo ao HAQ-c como instrumento de avaliação, que é considerado por vários estudos um forte preditor de Dc [30].

Esta correlação poderá eventualmente ser explicada pelo facto de que estes indivíduos se deparam desde muito cedo com o destino inevitável da doença que é a incapacidade funcional, e com a preocupação de se poderem tornar financeiramente dependentes de

terceiros, aumentando o sentimento de frustração, culpa e de fardo na vida dos familiares mais próximos.

Uma outra área de atenção quando se estuda doença crônica e sintomatologia depressiva é a sua relação com o tempo de diagnóstico e vivência da mesma. Este aspecto foi também merecedor da nossa atenção. Os critérios de inclusão estipularam que doentes com tempo de diagnóstico superior a um ano poderiam participar neste estudo, encontrando-se uma grande variabilidade de casos na amostra (1 a 50 anos de doença) o que faz com que se possam verificar diferenças na experiência de gestão da doença.

Entre os grupos o tempo de conhecimento do diagnóstico não variou significativamente. Sendo verdade que o tempo de conhecimento da doença pode influenciar a presença ou não de sintomatologia depressiva, os resultados dos vários estudos são divergentes no que diz respeito a esta relação.

Por um lado, tanto para a DM2 como para a AR, maior tempo de evolução de doença pode estar relacionado com outros declínios físicos e psicológicos que podem agravar o *distress* percebido, mas por outro lado, e sobretudo na AR, os indivíduos recém-diagnosticados apresentam-se mais vulneráveis pela necessária adaptação à nova condição e às suas implicações. Um estudo longitudinal levado a cabo por Lu, et cols (2016), demonstrou que a altura de maior risco para o desenvolvimento de Dc é dentro dos dois primeiros anos após o diagnóstico de AR.

Apesar da DM2 e AR serem duas entidades diferentes sob o ponto de vista médico, as reações emocionais e consequências psicossociais encontradas têm sido semelhantes. A revisão da literatura mostrou apenas pequenas diferenças no que diz respeito à interferência nas atividades de lazer (mais prejudicadas nos indivíduos com AR). Relativamente às restantes áreas, em ambas as patologias a área social, familiar e laboral foram apontadas como as mais afetadas [12]. Resultados que não coincidem com os obtidos no presente estudo.

Os doentes com AR referem ter a sua vida manifestamente mais prejudicada pela patologia, sobretudo a nível profissional, comparativamente com o grupo da DM2, que para além da menor interferência, refere a área social como a mais afetada.

Estes resultados poderão eventualmente estar relacionados com os elevados níveis de incapacidade funcional encontrados na nossa população de doentes com AR, sendo então natural que a área profissional seja a mais afetada.

Na população de DM2, tendo em conta a média de idades superior, é espetável que esta área já não seja a de maior importância, sendo então compreensível que, tendo em conta as restrições impostas para a gestão da doença nomeadamente dietéticas e terapêuticas, haja condicionamento dos hábitos e comportamentos sociais destes doentes.

O principal objetivo a que o presente estudo se propôs foi a comparação da prevalência de sintomatologia depressiva entre os doentes com as duas patologias, independentemente de qualquer relação de causalidade. Foi encontrada uma prevalência de Dc superior e de maior gravidade no grupo de AR, não tendo sido possível encontrar outros estudos do mesmo tipo que permitam a comparação de resultados.

Antes de tirar qualquer conclusão relativamente a este achado é importante lembrar que, tratando-se de uma patologia com atividade inflamatória marcada, sintomas como astenia, dor, perturbações do sono são frequentes, sintomas estes também associados à Dc. Diagnosticar Dc em pacientes com AR pode ser desafiante considerando então a sobreposição dos sintomas somáticos. Esta sobreposição pode levar a um sub ou sobrediagnóstico de Dc.

A não valorização de sintomas somáticos como critérios de Dc em doentes com co-patologia médica é frequente. Foram já alvo de vários estudos que concluíram que efetivamente devem ser válidos para o diagnóstico de igual forma em doentes com e sem co-patologia médica. No entanto, a sua valorização deve ser feita especialmente nos casos em que estes sintomas são excessivos relativamente ao esperado para a sua condição, e respetivos

tratamentos, e, quando surgem temporalmente associadas a sintomas cognitivo-afetivos como humor depressivo e anedonia [2].

Diferentes estudos usam diferentes instrumentos para avaliar a depressão sendo por isso difícil comparar resultados. Ainda assim, de um modo geral, abordando as manifestações da depressão, os resultados são concordantes com a esmagadora maioria encontrada na revisão de literatura [3,7,11,40].

Foi mencionado por Imran *et al.* (2015) que a utilização de questionários *standartizados* como o BDI pode ajudar a avaliar a severidade destes sintomas nestes doentes, contudo, este pode sobrestimar a incidência de Dc em doentes com dor. Tem sido sugerido um novo ponto de corte, para populações clínicas com dor, o que reduziria os níveis de depressão registada.

Apesar de todas as suas limitações, este tipo de questionários são formas rápidas de realizar o rastreio desta condição, indicando que indivíduos é que necessitarão de uma posterior avaliação dirigida.

Quando se estuda patologia crónica e sintomatologia depressiva, é variável de interesse o sexo, apontando frequentemente os resultados de investigação que indivíduos do sexo feminino têm maior probabilidade de ter Dc relativamente aos indivíduos do sexo masculino.

A maior prevalência de Dc no sexo feminino pode efetivamente ser explicada à luz de fatores biológicos, nomeadamente hormonais, e, principalmente, psicossociais. Com efeito, a maior prevalência de experiências de adversidade precoce (abuso físico e sexual, negligência) é uma explicação plausível. Outras explicações incluem aspetos relacionados com os papéis de género e os papéis sociais da mulher, abrangendo situações de sobrecarga, perda ou incompatibilidade de papéis, para além de eventuais preconceitos de género associados ao processo diagnóstico. As mulheres têm mostrado maior consciencialização de saúde que os

homens e maior probabilidade de procurar tratamento perante qualquer desvio da normalidade, aumentando a probabilidade de percecionar qualquer sintoma sugestivo de Dc.

Este aspeto não foi diretamente abordado no presente estudo, contudo, o grupo de doentes com AR, com prevalência significativamente superior de sintomatologia depressiva, constituiu-se maioritariamente por mulheres, como mencionado anteriormente. No entanto, não parece que este achado explique completamente a diferenças encontrada entre os grupos, considerando a magnitude da mesma.

Posto isto, a maior prevalência de Dc no grupo de AR poderá resultar de algumas condições impostas pela própria patologia nomeadamente: o seu carácter crónico e a ausência de cura conhecida; o facto de causar incapacidade funcional progressiva, que afeta tanto o envolvimento na comunidade, vida profissional, familiar, social e atividades de lazer, como o próprio individuo, levando a uma redução acentuada da auto-estima e auto-eficácia, aumentando assim o risco de desenvolver Dc.

Para além disso, os debilitantes e contínuos sintomas físicos podem despoletar cognições de desesperança e a incapacidade de lidar com sucesso com a experiência de dor crónica pode estar implicada no risco de alterações significativas do humor.

Como limitações do presente estudo, será de salientar o tamanho da amostra e a regionalização da mesma, que não lhe conferem carácter representativo da população Portuguesa.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, é de notar a falta de dados relativamente ao estatuto socioeconómico dos participantes, um importante fator de risco para o desenvolvimento de Dc [7].

A escala de depressão utilizada é de auto-registo e, portanto, os resultados podem ser influenciados por variação aguda do humor no momento do preenchimento. No entanto, estudos relatam que a validade deste tipo de escalas na depressão é uma forma exequível e

confiável de obter dados para estudos epidemiológicos [3]. Ainda assim, não deve ser esquecida a sobreposição de sintomas das patologias médicas, principalmente da AR, e de Dc, que pode colocar alguns entraves à interpretação dos achados relativamente à prevalência da sintomatologia depressiva.

Não foram também abordadas outras possíveis causas para o quadro depressivo, aquando a realização do questionário como por exemplo acontecimentos de vida recente como a morte de familiares, perda de emprego, entre outros.

É preciso ter em conta que, por se tratar de um estudo transversal, é impossível tirar conclusões relativamente a relações de causalidade. Foram vários os estudos que abordaram esta associação mas permanece por esclarecer qual a relação explícita de causa-efeito.

CONCLUSÃO

Este estudo comparou a sintomatologia depressiva manifestada entre doentes com AR e DM2. Os resultados sugerem maior prevalência de Dc entre os doentes com AR quando comparados com os doentes com DM2. Por sua vez, a Dc correlaciona-se positivamente e significativamente com o número de complicações da doente no grupo da DM2, e da mesma forma com a incapacidade funcional nos doentes com AR.

Independentemente da direção da causalidade e da entidade clínica, a associação entre Dc e a doença física em causa é forte e consistente. Sintomas depressivos podem então ser usados como “psico-marcadores” facilmente identificáveis de piores resultados da doença.

É por isso imperativo implementar estratégias de cuidados *standart* que permitam identificar os grupos de maior risco para o desenvolvimento de depressão para providenciar a precoce referência para tratamento psiquiátrico. Este tipo de abordagem é essencial para que os doentes consigam a melhor gestão possível da sua doença física crónica, uma vez que a Dc como comorbilidade agrava o estado geral de saúde mais do que a doença somática e a depressão por si só.

É impossível otimizar a gestão da condição de base, sem controlo da sintomatologia depressiva associada, na DM2 é essencial para que os indivíduos mantenham um estilo de vida saudável essencial para o controlo dos níveis de glicémia e na AR, para prevenir recorrência de agudizações e atenuar o sofrimento já associado a esta patologia.

Dado, entre outras coisas, o elevado custo que esta associação acarreta ao SNS, o reconhecimento desta natureza bidirecional e dos indivíduos com maior risco pode permitir adotar uma estratégia terapêutica muito mais eficaz para melhorar não só o cuidado prestado ao doente como a qualidade de vida deste.

AGRADECIMENTOS

Pela contribuição, ajuda e apoio, que se revelaram fundamentais para a realização deste trabalho gostaria de deixar o meu sincero obrigado.

Ao Professor Doutor Manuel João Quartilho, por toda a disponibilidade e atenção aquando do pedido de ajuda para realizar a minha tese de mestrado integrado.

Ao Professor Doutor Luís Carvalho da Graça, pela ajuda na análise estatística dos dados que se revelou essencial para as conclusões inferidas e para a qualidade do trabalho.

Agradeço também à Dra. Cátia Duarte, pela contribuição na realização dos questionários, mais especificamente, aos doentes com Artrite Reumatóide.

Aos doentes que responderam, pacientemente, aos questionários aplicados pois sem a sua colaboração não seria possível a realização do estudo.

Mas os meus agradecimentos mais profundos vão para a minha mãe, não só pelo elevado número de horas de disponibilidade e incentivo, mas também por despertar o meu interesse desde cedo pela área da psiquiatria e por toda a enorme ajuda em todos os passos da elaboração deste projeto.

Para terminar, agradeço ainda ao meu pai, à minha irmã e afilhado, namorado e a todos os meus amigos que me desejaram sucesso e que de algum modo me ajudaram na elaboração deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boing A. F., Melo G. R., Boing. A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. O., Peres, M. A. (2009), Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 46(4):617-23.
2. Ventura, T. (2011). Depressão e comorbilidade: um caso clínico. *Revista Portuguesa de Clínica geral*, 27(1):36-42.
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 370(9):851-858.
4. Anderson, R. J., Freedland, K.E., Clouse, C. E. & Lustman, P. J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *A meta-analysis. Diabetes Care*. 24(6):1069-1078.
5. Teng, C. T., Humes, E. C., Demetrio, F. N. (2005), Depression and medical comorbidities. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3):149-159.
- Nina-e-Silva, C., Monteiro, A., Júnior, A., Silva, G., D’Affonsico, G. & Guarienti, W. (2015). Revisão sistemática da prevalência de Depressão na DM tipo 2, *Revista da Universidade RVTC*, 13(1):136-141.
7. Matcham, F., Ali, S., Irving, K., Hotopf, M. & Chalder, T. (2016). Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17:155-164.
8. Wang, Y., Lopez, J. , Bolge, S., Zhu V., Stang, P. (2016) Depression among people with type 2 diabetes mellitus, US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2012. *BMC Psychiatry* 16:88.

9. Lin, E., Heckbert, S., Rutter, C., Katon, W., Ciechanowski, P., Ludman, E., Young, B., Oliver, M., McCulloch, D. & Korf, M. (2009). Depression and increased mortality in Diabetes: Unexpected causes of death. *Annals of Family Medicine*, 7(5):414-421.
10. McSharry, J., Bishop, F., Moss-Morris, R. & Kendrick, T. (2012). ‘The chicken and the egg’: Cognitive representations and self-management of multimorbidity in people with diabetes and depression. *Psychology and Health*, 28(1):103-119.
11. Rocha, N. & Fleck, M. (2010). Evaluation of quality life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2):119-124.
12. Gafvels, C., Hagerstrom, M., Rane, K., Wajngot, A. & Wandell, P. E. (2016). Depression and anxiety after 2 years of follow-up in patients diagnosed with type 2 diabetes or rheumatoid arthritis. *Health Psychology Open*, 3(2):1-12.
13. Moreira, R., Papelbaum, M., Appolinario, J., Matos, A., Coutinho, W., Meirelles, R., Ellinger, V. & Zagury, L. (2003). Diabetes Mellitus e depressão: Uma Revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(1):19-29.
14. Fráguas, R.. (2009).Depressão e condições médicas. *Revista de psiquiatria clínica*, 36(3):77-48.
15. Chapman, D. P., Perry, G. & Strine, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease: Public health research, practice, and policy*, 2(1):1-10.
16. Moulton, C., Pickup, J. & Ismail, K. (2015). The link between depression and diabetes: The search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 3(6):461-71.

17. Lin, E., Heckbert, S., Rutter, C., Katon, W., Ciechanowski, P., Ludman, E., Young, B., Oliver, M., McCulloch, D. & Korf, M. (2009). Depression and increased mortality in Diabetes: Unexpected causes of death. *Annals of Family Medicine*, 7(5):414-421.
18. Matias, R., Cristina, J. & Oliveira, P. (2015). ARTIGO DE REVISÃO A correlação entre Depressão e Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 3(2):27-34.
19. Sidiqqi, S. (2013). Depression in type 2 diabetes mellitus — A brief review. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2013.06.010>
20. Holt, R. I. G., Goot, M. & Golden, S., H. (2014). Diabetes and Depression. *Current Diabetes Repots*, 14(6):491-501.
21. Semenkovich, K., Brown, M. E., Svrakic, D. M. & Lustman, P. J. (2015). Depression in type 2 Diabetes Mellitus: Prevelence, Impact and Treatment. *Drugs*, 75(1):577-587.
22. Walders-Abramson, N. (2014). Depression and quality of life in youth-onset type 2 Diabetes Mellitus. *Current Diabetes Reports*, 14:449-455.
23. Walders-Abramson, N. (2014). Depression and quality of life in youth-onset type 2 Diabetes Mellitus. *Current Diabetes Reports*, 14, 449-455.
24. Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 3(22):597-605.
25. Mella, L., Bértolo, M. & Dalgalarrodo, P. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3):257-263.
26. Iaquina, M. & McCrone, S. (2015). An integrative review of correlates and predictors of depression in patients with Rheumatoid Arthritis. *Archives of psychiatric nursing*, 12(4):187-93.

27. Rice, D., Mehta, S., Shapiro, A., Pope, J., Harth, M., Morley-Forster, P., Sequeira, K. & Teasell, R. (2015). Psychological distress in out-patients assessed for chronic pain compared to those with rheumatoid arthritis. *Pain research and management*, 14(5):449-468.
28. Sheehy, C., Murphy, E. & Barry, M.(2006). Depression in rheumatoid arthritis - Underscoring the problem. *Rheumatology*, 45(11):1325-7.
29. Matcham, F., Rayner, L., Steer, S. & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Oxford Journal*, 52(2):2136-2148.
30. Jamshidi, A., Banihashemi, A., Paragomi, P., Hasanzadeh, M., Barghamdi, M. & Ghoroghi S. (2016). Anxiety and depression in rheumatoid arthritis: an epidemiologic survey and investigation of clinical correlates in Iranian population. *Rheumatol Int.*, 36(8):19-25.
31. Costa, A., Basil, M., Papi, J. & Azevedo, M. (2008). Depression, Anxiety and disease activity in Rheumatoid Arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48(1):7-11.
32. Ramos, E. & Ferreira, A. (2011) Emotional factors, life quality and adhesion of treatment in adult with diabetes type 2. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(3):866-878.
33. Lu, M., Guo, H., Lin, M., Livneh, H., Lai, N. & Tsai, T. (2016). Bidirectional associations between rheumatoid arthritis and depression: a nationwide longitudinal study. *Scientific reports*, 6, 20647.
34. Lin, M; Guo, H; Lu, M; Livneh, H. ; Lai, N. & Tsai, T.; (2015) Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-yaer population-based cohort study. *Clinics*, 70(2):91-96.

35. Rice, D., Mehta, S., Shapiro, A., Pope, J., Harth, M., Morley-Forster, P., Sequeira, K. & Teasell, R. (2015). Psychological distress in out-patients assessed for chronic pain compared to those with rheumatoid arthritis. *Pain research and management*, 14(5):449-468.
36. Campos, A. P., Silva, C., Castro, S. & Graminha, V. (2013). Depression and quality of life in rheumatoid arthritis individuals, and stable health individuals: a comparative study. *Fisioterapia e Pesquisa*, 20(4):401-407.
37. Figueiredo, M., Soares, V., Mota Cardoso, R., Alves, J. & Dias, S. (2004). Artrite Reumatóide: Um estudo sobre a importância da Artrite Reumatóide da Depressão e no ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1):12-25.
38. Abdel-Ahad, P., El Chammai, M. Fneich, A., Issa, R., Kabbara, W. & Richa, S. (2016) Les manifestations psychiatriques dans la polyarthrite rhumatoïde. *Encéphale*, 42(2):172-6.
39. Roma, I., Almeida, M., Mansano, S., Viani, A., Assis, M. & Barbosa P. (2014). Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(4):279-86.
40. Mavaddat, N., Valderas, J. M., Van der Linde, R., Khaw, K.T. & Kinmonth, A. L. (2014). Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 15,185-194.
41. Ponciano, E., Cardoso, I. & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In PEREIRA A. e MOTTA D. - Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção. Coimbra: SASUC, 2004.
42. Duarte, C. & Simões, S. (2010) Actividade da doença e qualidade de vida em doente com Artrite Reumatóide. *Referência II*, 12, 35-44.

43. Santos, R., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F., Rosa, C. & Queiroz, M. (1996) Health assessment questionnaire" (versão curta): adaptação para língua portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa* 76(1):15-20.

Anexo

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Mestrado Integrado em medicina

Protocolo de Investigação

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, está a ser desenvolvido um estudo de investigação que tem como principal objetivo Comparar sintomatologia depressiva entre doentes com Diabetes *Mellitus* tipo 2 e doentes com Artrite Reumatóide com diagnóstico com tempo superior a 1 ano

A sua participação neste estudo é voluntária e todas as informações que nos facultar (respostas e elementos de identificação) são absolutamente confidenciais. Se decidir participar, pode mesmo assim interromper a sua participação em qualquer altura, e é livre de responder apenas às questões que desejar.

No sentido de poder analisar a informação disponibilizada, necessito do seu consentimento. A investigadora assume total responsabilidade pelo processo, no sentido de assegurar a confidencialidade da informação e identidade dos participantes, bem como a devida utilização dos dados obtidos.

Concordo com a informação apresentada e autorizo a utilização das informações disponibilizadas.

(Assinatura)

1 - Questionário de Caracterização Sociodemográfica

1 - Sexo:

Feminino Masculino

2 - Idade _____ anos

3 - Estado Civil

Solteiro (a) Separado(a)/Divorciado(a)
Casado(a)/ União de facto Viúvo(a)

4 - Escolaridade

Não sabe ler nem escrever 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
Sabe ler e escrever Ensino Secundário
1º Ciclo (até ao 4º ano) Ensino Superior
2º Ciclo (5º ao 6º ano)

5 - Situação profissional:

Empregado(a) dependente Reformado(a)
Trabalhador(a) por conta própria Domestica
Desempregado(a)

6 - Tempo de conhecimento da sua doença _____Anos

7 - Outras doenças

2 - Aspetos clínicos - Diabetes *mellitus* 2

1 - Tipo de tratamento

Antidiabéticos orais Sem terapêutica
 Insulina Outro
 Qual _____

2 - Periodicidade de controlo dos valores de glicose no sangue

Diariamente Quinzenalmente
 Semanalmente Mensalmente
 Outro Qual _____

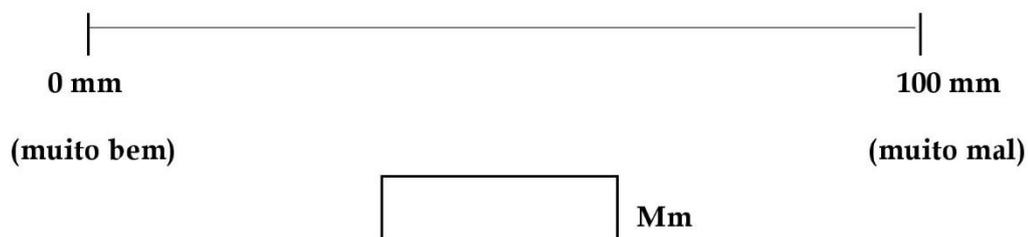
3 - Complicações da diabetes

	Sim	Não
Olho (Retinopatia diabética, doença ocular avançada...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rim (Microalbuminúria, insuficiência renal crónica, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pé (neuropatia, isquémia, amputação minor/major...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropatia Autonómica (Alterações gastrointestinais como diarreia, incontinência urinária, alteração da função sexual...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras (Hipertensão arterial, doença cardíaca coronária, doença arterial periférica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEM COMPLICAÇÕES ____

5- Relativamente à forma como a doença o perturba no seu dia-a-dia, como se sentiu na última semana?

Escala visual analógica da atividade da doença

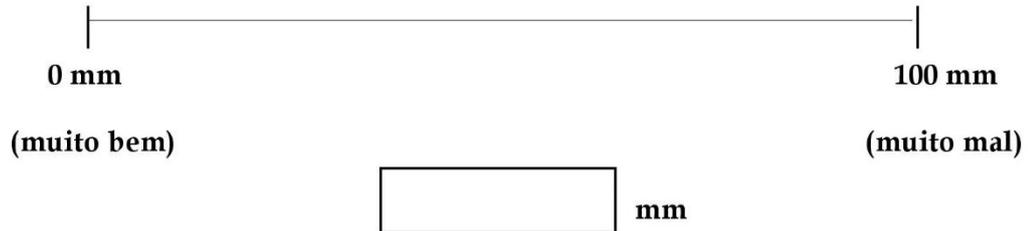


6 - Que áreas da sua vida pensa terem sido mais afectadas pela sua doença?

Social	
Profissional	
Relação conjugal	
Relação familiar	
Pessoal (autonomia e dependência)	
Nenhuma	
Outra: Qual?	

6 - Relativamente à forma como a doença o perturba no seu dia-a-dia, como se sentiu na última semana?

Escala visual analógica da atividade da doença



7- Atualmente faz algum tipo de medicação para esta condição?

Sim ___ Não ___

Se sim, que tipo de medicação faz?

Analgésicos Cosrticoesteróides
 Anti-inflamatórios Modificadores da doença
 Qual _____

8- Para cada questão, assinale a que melhor se adequa relativamente à última semana.

Health Assesment Questionnaire - HAQ (Fries, 1978), versão portuguesa (traduzida e validade por Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa e Queiroz, 1996)

Você é capaz de...	Sem qualquer dificuldade 0	Com alguma dificuldade 1	Com muita dificuldade 2	Incapaz de o fazer 3
1. Vestir-se incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos				
2. Lavar o cabelo				
3. Erquer-se de uma cadeira				
4. Deitar-se e levantar-se da cama				
5. Cortar carne				

6. Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão				
7. Levar à boca um copo ou chávena cheios				
8. Caminhar fora de casa em terreno plano				
9. Subir 5 degraus				
10. Lavar e limpar o corpo todo				
11. Tomar banho				
12. Sentar-se e levantar-se da sanita				
13. Alcançar e trazer até si um objecto de 2,5 kg que se encontre numa prateleira acima da sua cabeça				
14. Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão				
15. Abrir a porta de um carro				
16. Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos				
17. Abrir e fechar torneiras				
18. Fazer compras e recados				
19. Entrar e sair de um carro				
20. Fazer lidas da casa (ex. aspirar, lavar pratos, cozinhar, etc.)				

Assinale, com um X, as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de outra pessoa:

Higiene pessoal	
Levantar-se	
Alcançar	
Comer	
Abrir e fechar coisas	
Caminhar, passear	
Lida Doméstica	

Assinale, com um X, qual destes auxiliares usa habitualmente:

Bengala, muletas andarilho ou cadeira de rodas	
Banco ou Barra Especial para tomar banho	
Abre-Boiões (para boiões que já tenham sido abertos)	
Utensílios com pegas altas	
Sanita mais alta	

Pontuação total _____

9- Que áreas da sua vida pensa terem sido mais afectadas pela sua doença?

Social	
Profissional	
Relação conjugal	
Relação familiar	
Pessoal (autonomia e dependência)	
Nenhuma	
Outra: Qual?	

Inventário Depressão de Beck-Versão Português

(Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004)

O BDI-II é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes e cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, no entanto, mantém-se a pontuação de 0 a 3), dispostas por ordem crescente de intensidade.

Deverá seleccionar a frase que melhor define o seu estado emocional nas duas últimas semanas, incluindo o dia do questionário. Tem como objetivo avaliar a presença ou não de sintomatologia depressiva.

0	<input type="checkbox"/>	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)
1	<input type="checkbox"/>	Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar
2	<input type="checkbox"/>	Sinto que seria melhor morrer
2	<input type="checkbox"/>	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
2	<input type="checkbox"/>	Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida
3	<input type="checkbox"/>	Matar-me-ia se tivesse oportunidade
0	<input type="checkbox"/>	Habitualmente não choro mais do que costume
1	<input type="checkbox"/>	Choro agora mais do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
3	<input type="checkbox"/>	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
0	<input type="checkbox"/>	Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Sinto-me permanentemente irritado(a)
3	<input type="checkbox"/>	Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
0	<input type="checkbox"/>	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
2	<input type="checkbox"/>	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
2	<input type="checkbox"/>	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
0	<input type="checkbox"/>	Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
2	<input type="checkbox"/>	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
3	<input type="checkbox"/>	Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
1	<input type="checkbox"/>	Não consigo trabalhar tão bem como de costume
2	<input type="checkbox"/>	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

0	<input type="checkbox"/>	Consigo dormir tão bem como antes
1	<input type="checkbox"/>	Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
2	<input type="checkbox"/>	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
3	<input type="checkbox"/>	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
0	<input type="checkbox"/>	Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
1	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
2	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) quando faço seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
0	<input type="checkbox"/>	O meu apetite é o mesmo de sempre
1	<input type="checkbox"/>	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo todo o apetite que tinha
0	<input type="checkbox"/>	Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
2	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
3	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso
0	<input type="checkbox"/>	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1	<input type="checkbox"/>	Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis
2	<input type="checkbox"/>	Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
3	<input type="checkbox"/>	Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
0	<input type="checkbox"/>	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
1	<input type="checkbox"/>	Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
3	<input type="checkbox"/>	Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

TOTAL _____