

## AFECTO NEGATIVO E FACTORES DE RISCO EM INDIVÍDUOS COM DIABETES

Isabel Silva - *Bolseira Praxis XXI BD/21804/99*

José Pais-Ribeiro - *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto*

Helena Cardoso - *Hospital Geral de Santo António, Porto*

Helena Ramos - *Hospital Geral de Santo António, Porto*

Palavras-Chave: Ansiedade; Depressão; Diabetes Mellitus

Uma das consequências da ansiedade e da depressão mais amplamente estudada, na área da diabetes, é a perturbação do controlo glicémico. A investigação tem conduzido a resultados contraditórios e, se alguns estudos constatarem que o afecto negativo está associado a um pior controlo glicémico (Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford & Brancati, 2000; Glasgow & Anderson, 1999; Jacobson, 1996; Lloyd, 2002; Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney, & Clouse, 2000; Ryan, 1997), outros sugerem que essa relação não é estatisticamente significativa, nomeadamente em doentes com diabetes tipo 2 (Tilburg, McCaskill, Lane, Edwards, Bethel, Feinglos, & Surwit, 2001) e do sexo feminino (Lloyd, Dyer, & Barnett, 2000). Quanto à relação entre o afecto negativo e a tensão arterial, colesterol e triglicéridos, esta só recentemente começou a ser analisada. Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford e Brancati (2000) verificaram que a depressão está associada a níveis mais elevados de tensão arterial diastólica, de colesterol LDL e colesterol total.

O objectivo deste estudo exploratório transversal foi analisar a relação entre o afecto negativo e os factores de risco para o desenvolvimento de sequelas crónicas – controlo glicémico (HbA1c), colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos e hipertensão arterial (HTA) – em indivíduos com diabetes.

Para tal avaliou-se uma amostra de conveniência constituída por 316 sujeitos com diabetes, dos quais 44,6% eram do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ( $M=48,39$ ;  $DP=16,90$ ); 17,7% solteiros; 72,5% casados/juntos; 3,8% divorciados/separados; e 6% viúvos.

Quanto aos instrumentos, optou-se pela utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (Ribeiro, Baltar, Ferreira, Meneses, Martins, Santos & Silva- versão em estudo), a que os sujeitos responderam no contexto de uma entrevista pessoal. Os dados relativos às variáveis médicas foram recolhidos a partir dos processos clínicos dos doentes, após o seu consentimento.

A análise dos dados sugere que os indivíduos com distintos níveis de controlo glicémico não se distinguem quanto aos sintomas de ansiedade. Todavia, aqueles que apresentam mau controlo glicémico ( $M=4,66$ ;  $DP=0,35$ ) apresentam um nível de depressão superior ( $F(2,313)=5,42$ ;  $p<0,01$ ) ao dos indivíduos com bom controlo ( $M=3,13$ ;  $DP=0,43$ ) e controlo aceitável ( $M=4,23$ ;  $DP=0,47$ ), o mesmo se verificando em relação ao afecto negativo total. Os doentes com pior controlo glicémico ( $M=8,05$ ;  $DP=0,60$ ) revelam um maior nível de afecto negativo ( $F(2,313)=4,42$ ;  $p<0,05$ ) do que aqueles que apresentam um controlo aceitável ( $M=7,24$ ;  $DP=0,80$ ) ou bom ( $M=5,79$ ;  $DP=0,79$ ).

Quanto ao colesterol HDL, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação ao nível de ansiedade apresentado, mas os doentes com um HDL elevado ( $M=4,41$ ;  $DP=3,78$ ) apresentam níveis de depressão inferiores ( $F(2,280)=6,69$ ;  $p<0,01$ ) aos dos indivíduos com HDL baixo ( $M=6,38$ ;  $DP=4,79$ ) ou intermédio ( $M=6,22$ ;  $DP=4,65$ ). Quando analisado o afecto negativo total ( $F(2,280)=3,65$ ;  $p<0,05$ ), constata-se que os indivíduos que apresentam níveis mais elevados são os que apresentam um colesterol HDL intermédio ( $M=14,76$ ;  $DP=7,78$ ), seguidos pelos que têm um HDL baixo ( $M=13,88$ ;  $DP=7,94$ ) e verifica-se que os que apresentam um HDL elevado revelam menor afecto negativo total ( $M=12,25$ ;  $DP=7,10$ ).

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade, depressão e afecto negativo total em doentes diabéticos com diferentes níveis de triglicéridos e de colesterol LDL.

Os indivíduos com HTA ( $t(314)=3,18$ ;  $p<0,01$ ) apresentam níveis mais elevados de depressão ( $M=6,27$ ;  $DP=4,55$ ) do que os doentes sem HTA ( $M=4,72$ ;  $DP=4,13$ ) e os indivíduos com esse diagnóstico ( $M=14,63$ ;  $DP=8,08$ ) apresentam níveis mais elevados de afecto negativo global ( $t(314)=2,24$ ;  $p<0,05$ ) quando comparados com os restantes doentes ( $M=12,72$ ;  $DP=7,04$ ). Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos em relação ao nível de ansiedade.

Assim, podemos concluir que a ansiedade não parece estar associada a diferenças na HbA1c, colesterol LDL e HDL, triglicéridos e HTA. Porém, a depressão demonstra estar associada a pior controlo glicémico, pior nível de HDL e HTA ainda que não pareça estar associada a diferentes níveis de LDL e de triglicéridos. A análise dos dados sugere, ainda, que os doentes que apresentam um colesterol HDL elevado revelam menor afecto negativo total e que os indivíduos com HTA revelam níveis mais elevados de afecto negativo.

A nível da intervenção psicológica nesta área, o estudo sugere que deveremos estar atentos, essencialmente, aos sintomas de depressão e ao afecto negativo total, uma vez que estes parecem estar associados a pior controlo glicémico, pior nível de colesterol HDL e HTA, que poderão constituir um factor de risco para o desenvolvimento de complicações crónicas e mortalidade precoce em indivíduos com diabetes.

### Referências

- Gary, T. L., Crum, R. M., Cooper-Patrick, L., Ford, D., & Brancati, F. L. (2000). Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23 (1), 23-29.
- Glasgow, R. E., & Anderson, R. M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care*, 22 (12), 2090-2091.
- Jacobson, A. M. (1996). The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 334 (19), 1249-1253.
- Lloyd, C. (2002). Depression, diabetes and the impact on HRQoL: An epidemiological perspective. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp.7-8). Budapest: MAPI Research Institute.
- Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17 (3), 198-202.

Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycaemic control. *Diabetes Care*, 23 (7), 934-942.

Ryan, C. M. (1997). Psychological factors and diabetes mellitus. In J. Pickup Pickup, & G. Williams, *Textbook of diabetes* (pp.66.1-66.13). Oxford: Blackwell Science.

Tilburg, M. A. L. V., McCaskill, C. C., Lane, J. D., Edwards, C. L., Bethel, A., Feinglos, M. N., & Surwit, R. S. (2001). Depressed mood is a factor in glycaemic control in type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 551-555.