

Prevalência de Depressão em Mulheres com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Pós-Menopausa

Grasiele L. Martins
Rosimeire M. Tanaka
Nelson B. Campos
Ivaldir S. Dalbosco

*Centro Integrado de Diabete (CID)
do Hospital Universitário e
Departamento de Medicina
Interna, Fundação Universidade
Federal do Rio Grande,
Rio Grande, RS.*

*Recebido em 26/02/02
Revisado em 17/06/02
Aceito em 02/08/02*

RESUMO

A prevalência de depressão e suas correlações com o controle metabólico foram estudadas em 80 mulheres pós-menopausadas diabéticas e em 45 mulheres não diabéticas, tendo sido utilizado o questionário de depressão de Beck (QDB) para o diagnóstico de depressão. A prevalência de depressão foi significativamente maior no grupo de diabéticas na pós-menopausa em comparação às não diabéticas ($p < 0,001$; RR= 2,4). As pacientes não diabéticas apresentaram média de idade e de pontos do QDB superiores às diabéticas. Além disso, foram observados entre as diabéticas com depressão valores significativamente elevados de glicemia e hemoglobina glicosilada, demonstrando que as diabéticas depressivas apresentaram pior controle metabólico do que as não depressivas. Entre as diabéticas depressivas, a depressão também se correlacionou positivamente com a idade, mas não com o tempo de diagnóstico da doença. (Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46/6:674-678)

Descritores: Diabetes melito; Depressão; Menopausa; Controle metabólico

ABSTRACT

Prevalence of Depression in Postmenopausal Women with Type 2 Diabetes Mellitus.

The prevalence of depression and its correlations with metabolic control were studied in 80 diabetic postmenopausal women and 45 nondiabetic women, and the Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess depression. The prevalence of depression was significantly higher in the group of diabetic postmenopausal women as compared with nondiabetic women ($p < 0.001$; RR= 2.4). Nondiabetic patients were older and presented a mean BDI score greater than diabetic patients. Furthermore, significantly elevated values of glycemia and HbA were observed in diabetic women with depression, demonstrating that they have worse metabolic control than nondepressive women. Among depressive diabetic women, the depression was also positively correlated with age but not with the duration of the disease. (Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46/6:674-678)

Keywords: Diabetes mellitus; Depression; Menopause; Metabolic control

A DEPRESSÃO É UMA PREOCUPAÇÃO importante para mulheres com diabetes (DM) e pode ser precipitada nos diferentes estágios da vida (adolescência, gestação, menopausa). Em média, a depressão tem início entre os 27 e 35 anos (1,2), afetando 5-8% da população geral em algum período da vida (3), sendo duas vezes mais freqüente nas mulheres (4) e três vezes mais prevalente em diabéticos (5). Nos últimos anos, os estudos sobre DM e depressão têm aumentado de modo que novas conclusões foram sendo feitas e podem ser resumidas nessas três hipóteses: 1) A intensidade e competência dos regimes de tratamento repetitivos sobrecarregam os pacientes e fazem parte da sua vida diária; 2) A duração da doença (que

proporciona estresse permanentemente crônico) e o número de complicações da doença (que vão aumentando com o tempo) afetam a qualidade de vida; e 3) DM e depressão são partes de um conjunto de distúrbios metabólicos comuns ou vinculadas entre si (6).

A depressão é um distúrbio mental que tem consequências no funcionamento físico e psicológico. Os estudos feitos têm estabelecido uma associação entre a presença de depressão e o controle glicêmico insatisfatório (7), pouca adesão às mudanças de hábito de vida necessárias para o manejo do diabético (8), além de um risco aumentado para as complicações crônicas do DM (9,10). Entretanto, é necessário distinguir depressão, que é uma resposta normal ao estresse intermitente que dura poucas horas ou possivelmente um ou dois dias, da depressão doença, que é um estado prolongado de desânimo caracterizado por vários sintomas afetivos e somáticos (11). Mesmo com a dificuldade de reconhecer a depressão e seus efeitos adversos nos pacientes com DM, ou por falha médica ou do paciente, esta situação é diagnosticada e tratada em menos de um terço dos casos (12).

Com relação ao climatério, ainda não se sabe a porcentagem de mulheres que se encontram deprimidas nesse período da vida. Os limites etários tanto do climatério como da menopausa são bastante variáveis e controversos. No Brasil, a menopausa ocorre ao redor dos 48 anos (14), sendo os limites 40 e 55 anos. A síndrome do climatério compõe-se de sintomas gerais (neurogênicos, psicogênicos e metabólicos), mamários e genitais. Entre os psicogênicos, além da depressão, na síndrome também podem se manifestar ansiedade, irritabilidade e diminuição da libido. O estrógeno tem efeito positivo sobre o psiquismo, tais como estabilidade emocional, segurança, autoconfiança, humor, relacionamento social, antidepressivo e ansiolítico. Porém, o comportamento psicossocial da mulher climatérica depende da sua personalidade e de como orientou sua vida (13,14).

O objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de depressão em mulheres diabéticas na pós-menopausa e suas correlações com o controle metabólico, comparando-as com um grupo de mulheres não diabéticas na pós-menopausa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram selecionadas aleatoriamente mulheres pós-menopausadas com e sem DM nos ambulatórios de Diabete e Ginecologia do HU da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Médica do Hospital Universitário da FURG.

Como critérios de inclusão para o estudo foram observados: 1) Estar na pós-menopausa; 2) Não ter diagnóstico prévio de depressão e conseqüentemente não estar em tratamento antidepressivo; 3) Não usar qualquer fármaco que pudesse ter como efeito colateral alteração do humor; 4) Não estar em uso de TRH (terapia de reposição hormonal, com estrógeno ou progesterona); 5) Estar recebendo assistência médica ambulatorial; 6) Fornecer consentimento verbal para participar do estudo. Em virtude das irregularidades menstruais comuns nessa faixa etária das pacientes estudadas, aguardamos pelo menos um ano após a última menstruação a partir dos 40 anos de idade para qualificar as pacientes na pós-menopausa (13).

Assim obtivemos um total de 125 mulheres que preencheram todos os critérios de inclusão. Destas, 80 (64%) já tinham diagnósticos prévios de DM e para estas pacientes foi questionado há quanto tempo havia sido feito este diagnóstico. As outras 45 mulheres (36%) do estudo não tinham diagnóstico prévio de DM. Nestas, o DM foi excluído porque apresentavam glicemia de jejum (GJ) e hemoglobina glicosilada (HbA1) normais. Os critérios utilizados foram da *American Diabetes Association* (ADA) (15).

Com relação à GJ e HbA1 das pacientes diabéticas, os números obtidos são resultantes da média das três últimas medidas disponíveis no prontuário. Estes exames foram realizados no laboratório do HU: a GJ foi determinada através do método da glicose oxidase (VR: 70-110mg/dl) e a HbA1, por cromatografia de afinidade (VR: 5,0-8,0%).

O método utilizado para diagnosticar depressão foi o questionário de depressão de Beck (QDB) aplicado a todas as pacientes do estudo (16).

O QDB é composto de 21 categorias de sintomas e atitudes e pode ser aplicado em menos de 10min (tabela 1). Cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica de depressão e consiste numa série graduada de 4-5 afirmativas de auto-avaliação. As afirmativas são dispostas de tal forma que podem refletir o grau de severidade do sintoma desde o mais neutro até o mais severo. Valores numéricos de 0-3 são designados para cada afirmativa para indicar o grau de severidade. Em muitas categorias, duas alternativas estão disponíveis na mesma afirmativa e têm o mesmo peso: estas afirmativas equivalentes são rotuladas *a* e *b* (por exemplo, *2 a* e *2 b*) para indicar que elas estão no mesmo grau de severidade (15). As pacientes que têm um número de pontos ≥ 16 no QDB são consideradas com depressão e a partir disso recomenda-se assistência médica psiquiátrica (11).

Tabela 1. Categorias de sintomas e atitudes avaliados no QDB (16).

a. Humor	l. Retração social
b. Pessimismo	m. Indecisão
c. Sensação de fracasso	n. Imagem corporal
d. Necessidade de satisfação	o. Inibição no trabalho
e. Sentimento de culpa	p. Distúrbio do sono
f. Sensação de punição	q. Fatigabilidade
g. Odeio-me	r. Perda do apetite
h. Acusação	s. Perda de peso
i. Desejo de auto punição	t. Preocupação somática
j. Acesso de choro	u. Perda da libido
k. Irritabilidade	

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram analisados estatisticamente utilizando-se teste t de Student para análise de diferenças das médias entre os grupos, a correlação entre os grupos e subgrupos foi realizada utilizando-se o coeficiente de Pearson, visto que a distribuição das variáveis não foi normal. O teste do χ^2 foi utilizado para verificar diferença na prevalência da depressão entre os grupos. Em todos os casos, foi considerado como nível de rejeição de hipótese de nulidade o valor de 0,05 (5%).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico "Statistica 98".

RESULTADOS

Neste estudo, ao analisarmos os resultados do QDB entre os dois grupos de mulheres na pós-menopausa, observamos uma prevalência significativamente maior de depressão entre as mulheres diabéticas (58,7%), quando comparadas às não diabéticas (24,4%), $p < 0,001$ (RR= 2,4; 1,39 - 4,15).

Para facilitar a análise, as pacientes não diabéticas foram agrupadas no grupo A, enquanto que as pacientes diabéticas foram agrupadas no grupo B. Posteriormente, o grupo B foi subdividido em B1 (diabéticas depressivas) e B2 (diabéticas não depressivas) e, comparados os valores entre os dois subgrupos, foi observado valor significativamente maior da GJ e da HbA1 entre as mulheres diabéticas depressivas em comparação às diabéticas não depressivas. Os resultados descritivos entre as diferentes variáveis analisadas podem ser observados no quadro 1.

Ao correlacionarmos o escore obtido no QDB com as variáveis idade, tempo do diagnóstico de DM, GJ e HbA1, encontramos significância nos níveis de GJ e HbA1 nas mulheres diabéticas e com a idade no subgrupo de diabéticas depressivas (quadro 2).

DISCUSSÃO

A depressão é o distúrbio funcional mais comum dos idosos e explicações genéticas para tal prevalência na idade avançada têm sido pesquisadas (17).

Os índices de depressão, tanto para os homens quanto para as mulheres, são mais altos entre os 25 e 44 anos e são menores acima dos 65 anos (18). Porém, dos 50 aos 60 anos, diversos tipos de perda (cônjuge, filhos, *status*, alguma doença física, aposentadoria) precipitam a depressão nas mulheres (17). Além disso, sabe-se que quanto mais a idade vai avançando, maior número de complicações e comorbidades vão aparecendo e taxas de depressão também se elevam na presença de outras doenças crônicas (19,20).

Seguindo o processo do envelhecimento, após um período de fertilidade ocorre a menopausa. Existe uma crença disseminada de que a depressão é mais frequente durante o período perimenopáusic. Entretanto, os estudos não mostraram uma relação entre a depressão clínica e o estado hormonal e nem com o tempo de pós-menopausa (21). Isto poderia explicar os índices de depressão (24,4%) por nós encontrados nas mulheres pós-menopausa não diabéticas, mas não é suficiente para explicar os altos índices de depressão (58,7%) nas mulheres pós-menopausa diabéticas. Este fato também serve para dirimir dúvidas quanto ao fato de nossas pacientes diabéticas terem idade estatisticamente superior em relação às não diabéticas.

Pelo número de pontos, o QDB não nos permite classificar a depressão em leve, moderada ou severa. Ele só nos proporciona a detecção da depressão (pacientes com 16 pontos ou mais são depressivas). Por outro lado, na avaliação de cada manifestação comportamental específica de depressão, as afirmativas estão dispostas de tal forma que podem refletir o grau de severidade do sintoma, evidenciando assim a sensibilidade do teste (16).

Mesmo que o QDB seja passível de falhas na sua aplicação e interpretação, no grupo por nós estudado ele

Quadro 1: Estatística descritiva das diferentes variáveis analisadas entre as pacientes não diabéticas e diabéticas (depressivas e não depressivas).

Grupos	N	Idade (anos)#	Nº Pontos do QDB##	Tempo DM#	GJ#	HbA1#
A	45	52,7* ± 6,5	12** (34)	—	85,5 ± 9,3	6,7 ± 0,65
B	80	57,7* ± 7,5	19** (49)	9,07 ± 5,0	151,3 ± 37,3	9,7 ± 2,1
B1	47	57,6 ± 6,5	27 (15)	9,02 ± 4,5	162,7+ ± 37,9	10,3++ ± 2,2
B2	33	57,9 ± 4,5	10 (15)	9,15 ± 5,6	135,1+ ± 30,1	8,9++ ± 1,9

As pacientes eram consideradas depressivas se QDB ≥ 16 . A: pacientes não diabéticas. B: pacientes diabéticas. B1: diabéticas depressivas. B2: diabéticas não depressivas. GJ: glicemia de jejum. HbA1: hemoglobina glicosilada. # média±DP; ## mediana (amplitude); * p= 0,046; ** p= 0,01; + p= 0,001; ++ p= 0,01.

serviu como um parâmetro satisfatório. As afirmações acima evidenciam pontos importantes: 1) A associação de fatores da enfermidade, pessoais, sociais e comunitários afetam as taxas de depressão nos pacientes com DM; 2) Muitos dos fatores que são vinculados à depressão não são restritos aos pacientes com DM e a depressão entre estes pacientes não é exclusivamente relacionada à doença (6); 3) Devido à depressão ter muitas causas, para melhor evidenciar depressão como um indicador de risco no DM, uma das soluções do problema diagnóstico seria investigar os conflitos emocionais do passado e do presente de cada paciente.

A depressão se associa diretamente a controle glicêmico inadequado (22,23) e com outros fatores (p.ex.: obesidade, sedentarismo e não cumprimento do regime) que indiretamente contribuem para níveis glicêmicos insatisfatórios (24-26). No nosso estudo, não foram correlacionados os dados mencionados; entretanto, as mulheres diabéticas depressivas apresentam pior controle metabólico (glicemia e hemoglobina glicosilada) em comparação às não depressivas, mostrando o efeito negativo que a depressão exerce na aderência e eficácia do manejo da doença e também com relação ao aumento do risco das complicações. A piora do controle glicêmico nas pacientes depressivas pode ser melhor explicada visto que a depressão frequentemente causa aumento da ingestão de comida e diminui a atividade num período de várias semanas ou meses, e estes fatores, por sua vez, podem causar ganho de peso e frustração dos esforços para alcançar um bom controle glicêmico (11).

Também se sabe que os adultos deprimidos com DM pouco respondem aos programas destinados a mudar hábitos não saudáveis (isto é, controle do peso, abandono do tabagismo) (27,28), e que o tratamento paralelo da depressão pode ser importante para o suces-

Quadro 2: Correlações dos pontos do QDB e as outras variáveis entre os grupos.

Grupos	Idade (anos)	Tempo DM	GJ	HbA1
A	NS	—	NS	NS
B	NS	NS	NS	NS
B1	r = 0,34 p = 0,018	NS	r = 0,36 p = 0,001	r = 0,33 p = 0,002
B2	NS	NS	NS	NS

A: pacientes não diabéticas. B: pacientes diabéticas. B1: diabéticas depressivas. B2: diabéticas não depressivas. NS: não significativo. r: coeficiente de correlação (linear) de Pearson.

so nestas intervenções no estilo de vida. Além da depressão, outras mudanças psicológicas acompanham o passar dos anos e também poderiam contribuir para uma menor adesão ao tratamento e pior controle metabólico. Essas mudanças incluem traços bem conhecidos como lentidão do pensamento, dano não progressivo e moderado de memória recente, redução no surgimento do entusiasmo, aumento de cautela, mudanças nos padrões de sono com tendência a cochilos durante o dia e uma relativa substituição libidinal da genitalidade em direção ao trato alimentar e interior do corpo (17).

Uma revisão recente feita por Fisher e cols. (6) cita fatores que podem influenciar a prevalência de depressão nos pacientes diabéticos. Esta revisão mostrou que a maioria dos diabéticos depressivos são mulheres, de etnias menos frequentes, de baixo grau de escolaridade e baixa renda, desempregadas, solteiras e, com relação às características da doença, são pacientes com muitas comorbidades ou complicações, precária qualidade de vida, pequeno suporte social, com muitos déficits funcionais e/ou eventos de experiência de vida negativos ou outros estresses crônicos. No presente estudo não avaliamos todos estes fatores, mas certamente nossos dados apontam para a necessidade de uma avaliação criteriosa e posterior intervenção visando restaurar o equilíbrio físico e psíquico das pacientes diabéticas depressivas, de modo a reintegrá-las no seu contexto social.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Carmen Vera Prado Juliano, responsável pelo ambulatório do climatério do HU, que gentilmente cedeu suas pacientes para o presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Weissman MM, Leaf PF, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Livingston BM, et al. Affective disorders in five United States communities. **Psychol Med** 1988;18:141-53.
2. Lewinsohn PM, Duncan EM, Stanton AK, Hautzinger M. Age at first onset for nonbipolar depression. **J Abnorm Psychol** 1977;26:136-82.
3. Robins LN, Regier DA, editors. **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study**. New York: Free Press, 1991.
4. Culbertson FM. Depression and gender: an international review. **Am Psychol** 1997;52:25-31.
5. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. **Diabetes Care** 1993;16:1167-78.
6. Fisher L, Chesla CA, Mullan JI, Skaff MM, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care** 2001;24:1751-7.
7. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Cryer PE. Psychiatric illness in diabetes: relationship to symptoms and glucose control. **J Nerv Ment Dis** 1986;174:736-42.
8. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Recognizing and managing depression in patients with diabetes. In: Rubin RR, Anderson BJ, editors. **Practical Psychology for Diabetes Clinicians**. American Diabetes Association 1996;p.143-52.
9. Carney RM, Freedland KE, Lustman PJ, Griffith LS. Depression and coronary disease in diabetic patients: a 10-year follow-up. **Psychosom Med** 1994;56:149.
10. Kovacs M, Mukerji P, Drash A, Iyengar S. Biomedical and psychiatric risk factors for retinopathy among children with IDDM. **Diabetes Care** 1995;18:1592-9.
11. Lustman PJ, Griffith LS. Depression in women with diabetes. **Diabetes Spectrum** 1997;10:216-23.
12. Lustman PJ, Harper GW. Nonpsychiatric physicians identification and treatment of depression in patients with diabetes. **Compr Psychiatry** 1987;28:22-7.
13. Fonseca AM, Halbe HW. Fisiologia do climatério. In: Halbe HW, editor. **Tratado de ginecologia**. 2ª. edição. São Paulo:Roca, 1993;1236-42.
14. Halbe HW, Fonseca AM. Síndrome do climatério. In: Halbe HW, editor. **Tratado de ginecologia**. 2ª. edição. São Paulo:Roca, 1993;1243-58.
15. American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** 1997;20:1183.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry** 1961;4:561-71.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. Psiquiatria Geriátrica. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3ª. edição. Porto Alegre:Artes Médicas, 1984;p.908-13.
18. **DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª. edição. Porto Alegre:Artes Médicas, 1995.
19. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Arch Intern Med** 2000;160:3278-85.
20. Weyrer S, Hewer W, Pfeifer-Kunder M, Dilling H. Psychiatric disorders and diabetes: results from a community study. **J Psychosom Res** 1989;33:633-40.
21. Ballinger SE. Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopause clinic patients and nonpatients. **Maturitas** 1985;7:315-27.
22. Lustman PJ. From research to practice: depression in adults with diabetes. **Diabetes Spectrum** 1994;7:161-89.
23. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes: results of a 5-year follow-up study. **Diabetes Care** 1988;11:605-12.
24. Robinson N, Fuller H, Edmeades SP. Depression and diabetes. **Diabetic Med** 1988;5:268-74.
25. Farmer ME, Locke BZ, Moscicki EK, Dannenberg AL. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I epidemiologic follow-up study. **Amer J Epidemiol** 1988;128:1340-51.
26. Frederick T, Frerichs RR, Clark VA. Personal health habits and symptoms of depression at the community level. **Prev Med** 1988;17:173-82.
27. Marcus MD, Wing RR, Guare J, Blair EH, Jaward A. Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. **Diabetes Care** 1992;15:253-5.
28. Haire-Joshu D, Heady S, Thomas L, Schechtman K, Fisher EB. Depressive symptomatology and smoking among persons with diabetes. **Res Nurs Health** 1994;17:273-82.

Endereço para correspondência:

Ivaldir Sabino Dalbosco
Centro Integrado de Diabete
Hospital Universitário
Rua Visconde de Paranaguá, 102
Caixa Postal 474
96200-190 Rio Grande, RS
e.mail: ivaldir@vetorialnet.com.br / hucid@furg.br