

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EM DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL DE RIO BRANCO - ACRE

Milagros Clavijo¹, José Joaquim Carvalho², Márcio Rios³, Irismar Reis de Oliveira⁴

RESUMO - *Introdução:* Estudos têm estabelecido maior prevalência de transtornos psiquiátricos em diabéticos. *Objetivo:* Descrever as características sócio-demográficas e comparar a frequência daqueles na população diabética e nos indivíduos não-diabéticos. *Método:* Estudo de corte transversal, com grupo de comparação. Oitenta e quatro pacientes diabéticos foram comparados a igual número de pacientes não-diabéticos agrupados quanto ao gênero, idade e residência. Aplicou-se questionário-padrão e a avaliação psiquiátrica foi realizada através do Mini Internacional Neuropsychiatric Interview. *Resultados:* Transtorno de ansiedade generalizada foi freqüente tanto entre os diabéticos (73,8%) quanto os não-diabéticos (65,5%). Transtornos fóbico-ansiosos representaram 42,8% entre os diabéticos e 31,5% nos não-diabéticos. Transtornos do humor foram de 53,5% no grupo de diabéticos e 29,1% entre os não-diabéticos. Somente as categorias risco de suicídio ($p=0,03$) e episódio hipomaniaco passado ($p=0,006$) foram as que tiveram significância estatística para os diabéticos. *Conclusão:* Os transtornos de ansiedade e de humor foram os mais encontrados, predominando entre os diabéticos.

PALAVRAS-CHAVE: transtornos psiquiátricos, diabetes mellitus tipo 2, Amazônia, Acre.

Psychiatric disorders in patients with diabetes type 2 at medical care and training district of Rio Branco - Acre, Brazil

ABSTRACT - *Introduction:* Studies have established higher prevalence of psychiatric disorders in diabetic patients. *Objective:* To describe the socio-demographic and clinic characteristics and to compare the frequency of them in the diabetic and non-diabetic populations. *Method:* Transversal study with comparing groups. Eighty four diabetic patients were compared with similar number of non-diabetic gathered with respect to gender, age and place of residency. *Results:* Generalised Anxiety Disorder was frequent in both groups: 73.8% in diabetics and 65.5% in non-diabetics. The Phobic-Anxious Disorders represented 42.8% in diabetic group and 31.5% in non-diabetic. The rates of Mood Disorders were 53.5% in diabetics and 29.1% in non-diabetics, where only the categories Suicidal Risk ($p=0.03$) and Past Hypo-Maniac Episode ($p=0.006$) were of statistical significance for diabetics. *Conclusion:* anxiety and mood disorders were the most frequent, and predominant in diabetic patients.

KEY WORDS: psychiatric disorders, diabetes mellitus type 2, Amazonia, Acre.

O diabetes mellitus (DM) é doença metabólica crônica e afeta aproximadamente 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos¹. Pesquisas sobre transtornos mentais concomitantes às doenças orgânicas crônicas, em particular o DM, têm indicado presença de depressão, ansiedade e abuso de substâncias (álcool e sedativos) nestes pacientes².

Algumas pesquisas indicam maior prevalência de transtornos de humor e ansiedade nos diabéticos,

outros não apontam o diabetes como fator de risco maior do que o encontrado em outras doenças crônicas³. Entretanto, a maioria dos estudos focaliza a depressão e sua relação com o diabetes, não sendo investigado com a mesma importância esta relação com outros transtornos mentais⁴. A elevada prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos já vem sendo descrita há pelo menos um século e pode influenciar o curso desta doença.

Estudo foi realizado em Rio Branco (Acre), no Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família (CEFPFSF) do Tucumã: ¹Mestranda do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia, Salvador BA, Brasil (UFBA); ²Mestre em Medicina e Saúde do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA; ³Aluno Acadêmico do PET - Programa Especial de Treinamento da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA; ⁴Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

Recebido 20 Outubro 2005, recebido na forma final 12 Abril 2006. Aceito 30 Maio 2006.

Dra. Milagros Leopoldina Clavijo Velazquez - Conjunto Petrópolis, Quadra C, Casa 56, Bairro Estação Experimental - 69912-500 Rio Branco AC - Brasil. E-mail: joacre@uol.com.br

O objetivo deste trabalho foi verificar a frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2, comparado a um grupo de não-diabéticos em uma área urbana da cidade de Rio Branco (Acre), utilizando entrevista psiquiátrica padronizada, com finalidade de gerar informações para a atenção primária na elaboração de estratégias de saúde.

MÉTODO

O desenho do estudo elaborado é do tipo corte transversal, com grupo de comparação, desenvolvido na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, onde residem aproximadamente 253059 habitantes⁶. O estudo foi realizado na população residente na área de abrangência do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família (CEFPSF) composta por 16 bairros com uma população aproximada de 24070 habitantes. As famílias são de classe média e a maioria de classe média baixa. Há o mínimo de saneamento básico e urbanização.

A avaliação dos pacientes incluídos na pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2004 desde que concordassem em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Parecer 007/2004 do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE). No processo de seleção da amostra foram excluídos pacientes diabetes tipo 1 e os diabéticos tipo 2 não-residentes na área de abrangência do CEFPSF.

Dentro da área de abrangência foram identificados 84 pacientes portadores de DM 2 através das informações colhidas no Sistema de Cadastro e Acompanhamento dos Pacientes Diabéticos e Hipertensos (Programa HIPERDIA) do Ministério da Saúde, localizados no Departamento de Vigilância Epidemiológica do CEFPSF, nas Unidades de Saúde da Família e nas fichas da farmácia da FUNDHACRE, onde se selecionou aqueles residentes na área do estudo. Criou-se um grupo de comparação de igual número de indivíduos não-diabéticos, sendo que para cada diabético selecionou-se um não-diabético do mesmo sexo, faixa etária ± 3 anos e residente no mesmo bairro.

Considerou-se para o grupo de indivíduos não-diabéticos duas glicemias em jejum inferiores a 126 mg/dL realizadas até seis meses antes do início da pesquisa tendo em vista as dificuldades operacionais de realização deste exame na época do estudo e também sem história clínica (atual ou passada) de DM e/ou sem os sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polifagia, polidipsia e emagrecimento)⁷.

Os indivíduos do grupo de comparação (não-diabéticos) foram selecionados tanto no contingente diário daqueles que procuravam o serviço de clínica médica do CEFPSF quanto aqueles vizinhos dos DM 2 visitados em suas residências.

Foi aplicado em ambos os grupos, um questionário com variáveis sócio-econômicas, demográficas e clínicas, bem como o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) para a avaliação dos transtornos psiquiátricos, versão brasileira 5.0.0.⁸, padronizado e simplificado para diagnósticos psiquiátricos classificados de acordo com os critérios do DSM-IV⁹.

A medida do peso corporal foi aferida em quilogramas (Kg), utilizando-se a balança Welmy modelo 110. A altura foi medida em centímetros (cm). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado utilizando-se o índice de Quetelet, preconizado pela OMS¹⁰ onde: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$, estabelecendo-se os seguintes parâmetros¹¹: baixo peso <18,5; peso ideal 18,5 |—| 24,9; sobrepeso ou pré-obeso 25 |—| 29,9; obesidade moderada 30 |—| 34,9; obesidade severa 35 |—| 39,9; obesidade muito severa ou mórbida >40.

Os dados foram inseridos na planilha Excel[®] e as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS[®]) versão 9.0 for Windows. Considerou-se significância estatística a probabilidade (p) do erro tipo I (α) $\leq 0,05$ (IC 95%).

Os resultados foram analisados através de testes paramétricos e não-paramétricos conforme o tipo de distribuição apresentado pela variável, se gaussiana ou não. No primeiro momento da análise estatística, foram realizadas análises univariadas, nas quais as variáveis contínuas foram descritas pela média (\pm desvio padrão) e comparadas pelo teste de Mann-Whitney ou pelo teste t de Student. As variáveis categóricas, expressas como proporções, foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado, com correção de Yates ou teste exato de Fisher, quando indicados. Na análise de regressão logística múltipla, realizada no segundo momento, seguiram-se os procedimentos automatizados pelo programa de computação (regressão stepwise)¹². Nas etapas de pré-seleção, as variáveis independentes e os possíveis termos de interação foram incluídos no modelo, isto apenas se tivessem plausibilidade biológica e epidemiológica e mostrassem alguma relevância estatística ($p \leq 0,25$) no teste da razão de verossimilhança. Após essa etapa, para a seleção de variáveis, ajustou-se o modelo contendo a variável independente principal, as co-variáveis e o termo de interação pré-selecionados, utilizando-se o método de "trás para frente" (backward), com reavaliação inteligente a cada etapa (stepwise). O critério para retirada de variáveis do modelo foi a probabilidade (α) $\leq 0,05$ no teste da razão de verossimilhança, e para entrada p (α) $\leq 0,04$ no teste escore. A força da associação entre as variáveis foi expressa em valores estimados de odds ratio (razão de chances) com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

RESULTADOS

Foram avaliados 168 indivíduos residentes na área de abrangência do CEFPSF, com média de idade de $57,5 \pm 10,2$ anos (29 |—| 82), sendo 66,1% (n=111) do sexo feminino, distribuídos em dois grupos: pacientes com DM tipo 2 (n=84); não-diabéticos (n=84). Dados demográficos de ambos os grupos são mostrados na Tabela 1.

Quanto à presença de co-morbidades, a maioria, 81% (n=68) dos pacientes diabéticos e 58,4% (n=49) dos não-diabéticos, possuiu IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 25; a distribuição do IMC entre os dois grupos (Tabela 2) foi estatisticamente significativa ($p=0,00006$). Quanto à hipertensão arterial sistêmica

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos estudados por grupo, segundo as características sócio-demográficas.

Características demográficas	DM tipo 2 % (n)	Não-DM % (n)	Amostra total % (n)	p
Grupo racial % (n)				
Branco	41,7 (35)	42,1 (35)	41,9 (70)	n.s.
Mulato	39,3 (33)	43,4 (36)	41,3 (69)	n.s.
Negro	4,8 (4)	1,2 (1)	3,0 (5)	n.s.
Mestiço de índio	13,1 (11)	13,3 (11)	13,2 (22)	n.s.
Índio	1,2 (1)	0	0,6 (1)	n.s.
Estado civil % (n)				
Solteiro	3,6 (3)	2,4 (2)	3 (5)	n.s.
Casado ou companheiro fixo	64,3 (54)	63,1 (53)	63,7 (107)	n.s.
Separado, desquitado ou divorciado	16,7 (14)	17,9 (15)	17,3 (29)	n.s.
Viúvo	15,5 (13)	16,7 (14)	16,1 (27)	n.s.
Grau de instrução % (n)				
Analfabeto/ escreve o nome	22,6 (19)	34,5 (29)	28,6 (48)	n.s.
Primeiro Grau Incompleto	35,7 (30)	34,5 (29)	35,1 (59)	n.s.
Primeiro Grau Completo	14,3 (12)	10,7 (9)	12,5 (21)	n.s.
Segundo Grau Incompleto	6,0 (5)	10,7 (9)	8,3 (14)	n.s.
Segundo Grau Completo	11,9 (10)	8,3 (7)	10,1 (17)	n.s.
Superior Incompleto	4,8 (4)	1,2 (1)	3 (5)	n.s.
Superior Completo	4,8 (4)	0	2,4 (4)	n.s.
Ocupação principal % (n)				
Sem ocupação	23,8 (20)	17,9 (15)	20,8 (35)	n.s.
Aposentado/ benefício	45,2 (38)	36,9 (31)	41,1 (69)	n.s.
Trabalho informal	6,0 (5)	8,3 (7)	7,1 (12)	n.s.
Trabalho formal	25 (21)	36,9 (31)	31,0 (52)	n.s.
Renda familiar % (n)				
Inferior a 02 salários mínimos	38,1 (32)	41,7 (35)	39,9 (67)	n.s.
Superior a 02 salários mínimos	61,9 (52)	58,3 (49)	60,1 (101)	n.s.
Religião % (n)				
Não tem	1,2 (1)	1,2 (1)	1,2 (2)	n.s.
Católica	50,0 (42)	56,0 (47)	53,0 (89)	n.s.
Espírita	0	2,4 (2)	1,2 (2)	n.s.
Protestante/evangélica	48,8 (41)	39,3 (33)	44,0 (74)	n.s.
Outras	0	1,2 (1)	0,6 (1)	n.s.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos estudados por grupo, segundo a presença de co-morbidades.

Parâmetros clínicos (co-morbidades)	(DM tipo 2)	(não-diabéticos)	p
IMC % (n)			
Baixo peso	1,2 (1)	1,2 (1)	0,00006 ^a
Peso normal	17,9 (15)	40,5 (34)	
Sobrepeso	34,5 (29)	42,9 (36)	
Obesidade moderada	29,8 (25)	9,5 (8)	
Obesidade severa	11,9 (10)	3,6 (3)	
Obesidade mórbida	4,8 (4)	2,4 (2)	
HAS			
Não	23,8 (20)	49,4 (41)	0,001 ^b
Sim	76,2 (64)	50,6 (42)	

^a($\chi^2=11,8$); Chi-square- Linear-by-Linear Association; ^b($\chi^2=16,2$).

Tabela 3. Prevalência de transtornos psiquiátricos por grupo, segundo os diagnósticos.

Transtorno psiquiátrico	(DM tipo 2) %(n)	(não-diabéticos) %(n)	p
Episódio depressivo maior atual	24,1 (20)	15,5 (13)	0,2
Episódio depressivo maior recorrente	23,8 (20)	17,9 (15)	0,4
Episódio depressivo maior com características melancólicas atual	1,2 (1)	0	1,0
Transtorno distímico atual	9,5 (8)	8,3 (7)	0,8
Transtorno distímico passado	6,0 (5)	4,8 (4)	0,7
Risco de suicídio atual	25 (21)	11,9 (10)	0,03 ¹
Episódio maníaco atual	1,2 (1)	0	1,0
Episódio maníaco passado	2,4 (2)	0	0,5
Episódio hipomaníaco atual	3,6(3)	0	0,2
Episódio hipomaníaco passado	10,8 (9)	0	0,006 ²
Transtorno de pânico atual	1,2 (1)	1,2 (1)	1,0
Transtorno de pânico vida inteira	1,2 (1)	1,2 (1)	1,0
Agorafobia atual	45,2 (38)	32,1 (27)	0,08
Fobia social atual	40,5 (34)	31 (26)	0,2
Transtorno obsessivo-compulsivo atual	1,2 (1)	1,2 (1)	1,0
Dependência de álcool nos últimos 12 meses	1,2 (1)	1,2 (1)	1,0
Abuso de álcool nos últimos 12 meses	1,2 (1)	8,3 (7)	0,07
Dependência de substância (não-álcool) nos últimos 12 meses	1,2 (1)	1,2 (1)	1,0
Abuso de substância (não-álcool) nos últimos 12 meses	0	0	–
Síndrome psicótica vida inteira	0	0	–
Síndrome psicótica atual	0	0	–
Transtorno de humor com características psicótica vida inteira	0	0	–
Transtorno de humor com características psicótica atual	0	0	–
Transtorno de ansiedade generalizada atual	73,8 (62)	65,5 (55)	0,2

1) Chi-square test-Pearson ($\chi^2=4,8$); 2) Chi-square-Yates ($\chi^2=7,6$).

(HAS), 76,2% (n=64) dos pacientes diabéticos tipo 2 afirmaram ser hipertensos, enquanto entre os não-diabéticos, essa percentagem foi 50,6% (n=42), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p=0,001) (Tabela 2)

Quando comparadas as frequências de transtornos psiquiátricos e do módulo para Risco de Suicídio entre os pacientes com DM tipo 2 e os não-diabéticos, 25% (n=21) dos pacientes diabéticos e de 11,9% (n=10) dos

não-diabéticos tiveram risco de suicídio atual, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p= 0,03). Nove pacientes (10,8%) diabéticos e nenhum não-diabético tiveram Episódio Hipomaníaco Passado, sendo esta diferença também estatisticamente significativa (p=0,006). Não foram observadas diferenças com significância estatística nas frequências dos outros transtornos psiquiátricos analisados (Tabela 3).

Para a regressão logística, considerou-se como va-

Tabela 4. Razão de chances para Risco de Suicídio Atual nos pacientes diabéticos, segundo as variáveis associadas.

Variável selecionada	OR	IC 95%	p
Religião			
Católica	3,7	1,21 — 11,07	0,02
Demais religiões agrupadas	1,00	—	
Renda familiar			
Até 02 salários mínimos	1,00	—	0,04
Mais de 02 salários mínimos	0,3	0,11 — 0,97	

OR=odds ratio (razão de chances).

riáveis dependentes o diagnóstico episódio hipomaniaco passado e o sintoma risco de suicídio atual ambos com freqüências significativamente maiores do que os do grupo de não-diabéticos. Os conjuntos de variáveis já mencionadas na análise bivariada foram considerados como variáveis independentes, buscando-se a força da associação entre as variáveis expressa em valores estimados de odds ratio, com intervalo de confiança de 95% e ajuste do modelo, como descrito na metodologia deste trabalho.

Para a variável Episódio Hipomaniaco Passado, somente as variáveis independentes: religião, grau de instrução, renda e adesão ao tratamento foram pré-selecionadas para a inclusão no modelo, porém nenhuma dessas variáveis se mostrou preditiva para episódio hipomaniaco passado.

As variáveis independentes selecionadas para construção do modelo final da variável Risco de Suicídio Atual foram: grupo racial, religião, grau de instrução, renda e IMC. As variáveis que remaneceram no modelo final da regressão logística, como preditivas de risco de suicídio atual no grupo dos pacientes com DM tipo 2 foram: religião católica (OR: 3,7/ p=0,02) e renda familiar superior a 02 (dois) salários mínimos (OR:0,3/ p=0,04), tendo esta última efeito protetor (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a freqüência de Risco de Suicídio e Episódio Hipomaniaco Passado foi significativamente maior entre diabéticos do que entre os não-diabéticos na área estudada. Os achados de freqüência de transtornos psiquiátricos foram altos em ambos os grupos, sendo que no dos diabéticos predominaram os diagnósticos de depressão e ansiedade.

Estudo utilizando o Inventário de Depressão de Beck¹³, refere que a depressão é três ou quatro vezes mais prevalente em diabéticos do que na população

em geral. Uma revisão sistemática⁵ utilizando bases de dados MEDLINE e LILACS para identificar artigos relevantes, publicados entre 1990 e 2001 que avaliassem esta associação, concluiu que “os estudos clínicos sugeriam importante associação entre depressão e o DM, e que este estaria associado a um aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica”.

Em um estudo populacional na Alemanha¹⁴ encontrou-se grande probabilidade da associação do DM com os transtornos de ansiedade. No nosso trabalho chamou a atenção a prevalência de transtorno de ansiedade em ambos os grupos (73,8 e 65,5%), não ocorrendo, entretanto, diferença significativa entre eles (p=0,2).

Um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos¹⁵ no período de 1971-1992, mostrou que a incidência de DM era maior entre os participantes que demonstravam grande número de sintomas depressivos. Numa outra revisão sistemática¹⁶, demonstrou-se que a depressão e seus sintomas associados constituem um fator de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2 e podem acelerar o processo das complicações diabéticas.

Em estudo muito semelhante ao nosso¹⁷, para estimar a prevalência de depressão em uma amostra populacional com DM tipo 2, comparada com um grupo controle pareado por idade e sexo e, usando regressão logística, mostrou nos resultados que a depressão foi mais comum em indivíduos com DM tipo 2 do que entre os casos controle (17,9 contra 11,2%; p<0,001), sendo que as mulheres em ambos os grupos receberam quase duas vezes mais diagnósticos de depressão do que os homens. No modelo multifatorial, o peso corporal foi o maior fator preditivo para depressão, maior até mesmo que o status diabético.

Na regressão logística aplicada no presente estudo, a modelagem multivariável procurou identificar quais variáveis se associaram a Risco de Suicídio e

Episódio Hipomaniaco Passado entre os diabéticos. O modelo não identificou variáveis que poderiam ser preditoras desse diagnóstico entre os diabéticos. Porém, identificou duas variáveis associadas com "risco de suicídio" entre os diabéticos: religião católica e renda menor que dois salários. Ambas as categorias de variáveis (religião e renda), além de significância no teste de hipóteses (valor de $p < 0,05$), apresentaram intervalos de confiança (IC), para as medidas de estimação (OR) que não incluem o valor 1, o que é muito mais relevante do ponto de vista clínico do que o valor de p , ou seja, as duas variáveis realmente se associam ao diagnóstico em questão. A religião católica apresentou razão de chances de 3,7 maior do que ser de outra religião. A renda maior que dois salários apresentou OR menor que a unidade, indicando que um indivíduo diabético com Risco de Suicídio tem uma chance 0,3 vezes maior de possuir renda acima de dois salários, ou seja, chance menor de possuir renda mais alta. Portanto, esta variável tem um efeito protetor.

Encontram-se na literatura trabalhos que associaram a prevalência de transtornos de humor e de ansiedade em portadores de diabetes e outras doenças crônicas em amostras populacionais de baixa renda. Estudo de corte transversal¹³ em centros de atenção primária, encontrou altas taxas de prevalência destes transtornos na amostra (29%; $n=326$) sendo que os DM tipo 2 de baixa renda apresentaram duas vezes mais Transtornos de Humor e Ansiedade que os não diabéticos e outros grupos de doentes crônicos (asma, hipertensão arterial e artrite).

Nos achados sócio-demográficos deste trabalho, destacou-se na amostra que quase a totalidade dos entrevistados referiram ter religião, predominando a católica ($n=89$) e a protestante/ evangélica ($n=74$). Em um trabalho recente¹⁸, onde se descreve o perfil psiquiátrico do paciente ambulatorial da única unidade de referência em saúde mental do Estado do Acre, encontrou dados muito parecidos aos deste trabalho quanto à religião ($n=440$): 47,7% católicos e 33,0% protestantes/evangélicos).

Ao se destacar nos resultados sócio-demográficos do presente estudo a variável idade do grupo de DM, obtivemos uma média de idade em anos de $57,5 \pm 10,4$. Tal média concorda com dados já descritos na literatura, particularmente com os da American Diabetes Association no estudo intitulado "Global Burden of Diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections"¹⁹. Nos resultados deste relatório é expresso que, nos países em desenvolvi-

mento, a maioria da população diabética está compreendida na faixa etária de 45 |—| 64 anos e que o DM é mais prevalente nas mulheres, especialmente nos países desenvolvidos, dados que concordam com nossos resultados e com os apresentados no "The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence"¹ que nas conclusões compara a prevalência de diabetes no Brasil com aquelas dos países desenvolvidos, onde é considerado um grande problema de saúde pública.

Em conclusão, os dados oriundos do presente estudo permitiram concluir que os transtornos de humor e ansiedade foram freqüentes em ambos os grupos predominando no dos diabéticos. A freqüência de risco de suicídio e episódio hipomaniaco passado foi significativamente maior entre diabéticos tipo 2 do que entre os não-diabéticos, assim como a freqüência de sobrepeso/obesidade e a referência à HAS foi significativamente maior entre diabéticos tipo 2 do que entre os não-diabéticos. O risco de suicídio entre os diabéticos tipo 2 se associou positivamente com a religião católica e negativamente com a renda superior a dois salários mínimos. Dentro das limitações do estudo faz-se necessário destacar o pequeno tamanho da amostra e que parte dos indivíduos do grupo de comparação eram pacientes do ambulatório de clínica médica, portanto, alguns com outras patologias crônicas possivelmente associadas a transtornos psiquiátricos. O presente estudo demonstra a necessidade de se avaliar, mais detalhadamente, a associação da diabetes mellitus tipo 2 e outras doenças crônicas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

1. Malerbi DA, Franco LJ. The Brazilian Cooperative Group on the study of diabetes prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the Urban Brazilian Population aged 30-69 years. *Diabetes Care* 1992;15:1509-1516.
2. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Affective, substance use and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or organic lung conditions. *General Hospital Psychiatry*, 1989;11: 320-327.
3. Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care* 2003;26: 2311-2317.
4. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psychol* 2001;57:457-478.
5. Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endoc Metab* 2003;47: 19-29.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo, 2000. Disponível em: < www.ibge.gov.br > [Acesso em 9 de junho de 2003].

7. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus, tratamento do diabetes mellitus tipo II. *Arq Bras Endoc e Metab* 2000;44:8-35.
8. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): desenvolvimento e validação de entrevista diagnóstica breve para avaliação de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatria* 2000;22:106-115.
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.
10. WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee Geneva, 1995.
11. Deurenberg P, Yap M. The assessment of obesity: methods for measuring body fat and global prevalence of obesity. *Clin Endoc Metab* 1999;13:1-11.
12. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995;392-397.
13. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, et al. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med* 1997; 59:24-31.
14. Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. *Diabetes Care* 2003;26: 1841-1846.
15. Carnethon M, Knider L, Fair J, Stafford R, et al. Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: findings from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic Follow-up Study, 1971-1992. *Am J Epidemiol* 2003;158:416-423.
16. Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes type 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54:317-329.
17. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:744-749.
18. Carvalho-Junior JJC. Perfil psiquiátrico do paciente ambulatorial do Hospital de Saúde Mental do Acre. Tese UFBA/FUNDHACRE, 2003.
19. King H, Aubert RE, Herman Wh. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431.