FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DANIELA FILIPA DE MELO PINTO

Características associadas com o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

MARÇO/2017

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS COM O IMPACTO PSICOLÓGICO E COMPORTAMENTAL DA DIABETES TIPO 2

Daniela Filipa de Melo Pinto[1]

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago[1,2]

Co-orientadora: Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano[1,3]

[1] Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[2] USF Topázio, ACES Baixo Mondego

[3] UCSP Fernão de Magalhães

E-mail: danielamelop@hotmail.com

Índice

Abreviaturas 3

Resumo 4

Abstract 6

Introdução 8

Material e Métodos 10

Resultados 13

Discussão 17

Conclusão 21

Agradecimentos 22

Referências Bibliográficas 23

Anexo 1 – Questionário DHP-18 / MMAS-4 26

Anexo 2 – Consentimento Informado 29

Anexo 3 – Parecer Favorável da Comissão de Ética da ARS Centro 30

Anexo 4 – Autorização para realização do estudo na USF Topázio 32

Anexo 5 – Autorização para realização do estudo na UCSP Fernão de Magalhães 33

Abreviaturas

AD – Alimentação Desinibida

ARS – Administração Regional de Saúde

BA – Barreiras à Atividade

DHP-18 – Diabetes Health Profile-18

HbA1c – Hemoglobina glicosilada

MMAS-4 – Four Item Morisky Medication Adherence Scale

SP – Sofrimento Psicológico

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A diabetes, enquanto condição crónica, tem um impacto importante na vida dos doentes, com decréscimo da qualidade de vida. Os estudos que avaliam o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2 em Portugal são escassos, pelo que ainda muito pouco se sabe sobre as características que lhe podem estar associadas.

Objetivo: Perceber o impacto psicológico e comportamental da diabetes nas pessoas seguidas em Medicina Geral e Familiar em Portugal e a sua relação com a idade, sexo, formação, duração da diabetes, controlo da diabetes e a adesão à terapêutica.

Métodos: Estudo observacional transversal em amostra não probabilística e de conveniência, distribuída por sexo e grupo etário de forma representativa da população portuguesa com diabetes mellitus tipo 2. A amostra foi composta por 110 utentes seguidos na USF Topázio e UCSP Fernão de Magalhães e questionários foram recolhidos de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. Foi aplicado o Diabetes Health Profile 18 (DHP-18) e o Four Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4), assim como algumas questões de índole sociodemográfica e relacionadas com a doença. Foi feita estatística descritiva e inferencial, com recurso ao teste do $\chi 2$, teste de Kruskal Wallis e teste U de Mann-Whitney. Um valor de $p < 0,05$ foi definido como estatisticamente significativo.

Resultados: Habilitações literárias mais baixas demonstraram ter impacto negativo na dimensão Sofrimento Psicológico ($p = 0,013$). Na dimensão Barreiras à Atividade, foram encontradas diferenças significativas relativamente ao grupo etário ($p = 0,033$), no qual o grupo dos 40 aos 59 anos apresentou melhor perfil de saúde, e ao sexo ($p = 0,039$), em que ser do sexo feminino demonstrou ter um impacto negativo nas Barreiras à Atividade. Não foram

encontradas associações entre o grupo etário, sexo, grau de instrução, controlo da diabetes e duração da diabetes e a dimensão Alimentação Desinibida. No entanto, todos os grupos apresentaram pior perfil de saúde na dimensão Alimentação Desinibida. Não foram encontradas associações entre as três dimensões do DHP e a adesão à terapêutica, mas pior adesão correlacionou-se com a noção de falta de controlo da diabetes.

Discussão e Conclusão: Apesar deste estudo ter revelado uma população com pouca disfunção psicológica e comportamental, foi possível identificar grupos com maior impacto negativo relacionado com a diabetes mellitus tipo 2, nomeadamente ter habilitações literárias mais baixas, ser do sexo feminino e pertencer a faixas etárias mais jovens (20-39 anos) ou mais velhas (60-79 anos). Estes resultados permitem a adoção de estratégias dirigidas à melhoria da qualidade de vida destes doentes. A diferença no método de aplicação dos questionários e a amostragem por conveniência são as principais limitações do estudo.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Perfil de Saúde do Diabético; Impacto psicológico; Impacto comportamental; Estado de saúde; Qualidade de vida

Abstract

Background: Diabetes, as a chronic disease, has an important psychological and behavioral impact in the lives of the diabetic population, with a decrease on the quality of life. The studies that evaluate the psychological and behavioral impact of Type 2 Diabetes in Portugal are scarce, with scarce knowledge about the associated characteristics.

Objective: To understand the psychological and behavioral impact of type 2 diabetes on the population accompanied in Portuguese primary care centers and its relationship with age, sex, literacy, duration of the disease, auto-perception of disease control and medication adherence.

Methods: Observational, cross-sectional study in non-probabilistic, convenience sample, representative of the Portuguese population with type 2 diabetes mellitus distributed by sex and age group. The sample was composed of 110 patients monitored in USF Topázio and UCSP Fernão de Magalhães and questionnaires were collected between December 2016 and February 2017. The Diabetes Heath Profile (DHP-18) and the Four Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) were applied and well as socio-demographical and disease-related questions. Descriptive and inferential statistics were accomplished using the $\chi 2$ test, Kruskal Wallis test and Mann-Whitney U test. A p value $< 0,05$ was defined as statistically significant.

Results: Lower education level showed a negative impact on the Psychological Distress dimension ($p = 0,013$). In the Barriers to Activity dimension, we found statistically significant differences concerning the age ($p = 0,033$), in which the age group between 40 and 59 years presented better health profile, and sex ($p = 0,039$), in that being female demonstrated having a negative impact in Barriers to Activity. No associations were found between the variables age, sex, education level, auto-perception of diabetes control and duration of diabetes and the

Disinhibited Eating domain. However, all groups presented worse health profile in Disinhibited Eating dimension. No associations were found between the three DHP dimensions and medication adherence, but worse medication adherence correlated with the acknowledgment of lack of diabetes control.

Discussion and Conclusion: Although this study revealed a population with little psychological and behavioral dysfunction, it was possible to identify groups with superior negative impact related to type 2 diabetes mellitus, such as those with lower education level, females and being younger (20-39 years) or older (60-79 years). These results point to the adoption of strategies aimed to the improvement of quality of life in these patients. Different questionnaire application methods, and study of convenience samples are the main study limitations.

Keywords: Diabetes mellitus; Diabetes Health Profile; Psychological impact; Behavioral impact; Health status; Quality of life.

Introdução

A diabetes mellitus é uma condição crónica caracterizada por uma deficiência na produção ou resistência à insulina, que afeta atualmente 415 milhões de pessoas em todo o mundo [1]. Segundo o Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência estimada em 2013 para a população portuguesa dos 20 aos 79 anos em 2013 é de 13,1%, cerca de um milhão de portugueses [2]. A diabetes mellitus tipo 2 constitui a sua forma mais comum, representando até 91% das pessoas com diabetes nos países de alto rendimento [1]. Por se tratar de uma condição crónica, num contexto de multimorbilidade, com impacto físico, emocional e psicológico importante na vida dos doentes, resulta num decréscimo da qualidade de vida.

Esse impacto foi estudado ao longo dos anos, tendo-se já estabelecido a relação entre alguns parâmetros associados à doença e o seu efeito negativo na qualidade de vida das pessoas com diabetes [3]. A saúde de um indivíduo não é só determinada pelas características da sua doença e pelo seu tratamento [4].

As características sociodemográficas inerentes à pessoa são igualmente importantes e têm sido alvo de investigação enquanto possíveis determinantes do seu estado de saúde [5]. Sabe-se que o sexo feminino, idades mais avançadas e piores habilitações literárias, foram associados a pior qualidade de vida [3,6].

Os estudos na população portuguesa, avaliando a qualidade de vida na diabetes mellitus tipo 2 e características associadas são escassos [7], direcionados à relação da qualidade de vida a fatores clínicos associados à diabetes mellitus, nomeadamente complicações crónicas e presença de multimorbilidade [8], ou com menor ênfase no impacto psicológico e comportamental da diabetes [9]. Consequentemente, ainda muito pouco se sabe sobre as características associadas com este tipo de impacto nas pessoas com diabetes tipo 2 em Portugal.

Tendo em conta a heterogeneidade das pessoas com diabetes mellitus e o curso crónico da doença, a identificação de grupos com características associadas a maior impacto é essencial para adaptação dos métodos utilizados para melhorar a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde.

O objetivo principal deste estudo é assim perceber o impacto psicológico e comportamental da diabetes nas pessoas seguidas em Medicina Geral e Familiar em Portugal e estabelecer a sua relação com a adesão à terapêutica e com algumas características associadas à pessoa com diabetes, nomeadamente a idade, sexo, formação, duração da diabetes e controlo da diabetes.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, composta por 110 utentes seguidos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão de Magalhães, escolhidos proporcionalmente para representar, por sexo e por grupo etário, a população portuguesa de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, baseando-se no último relatório do Observatório Nacional da Diabetes [2].

Para esta investigação foi criado um questionário que incluía dois instrumentos validados, o Diabetes Health Profile 18 (DHP-18) ou Perfil de Saúde do Diabético, e o Four Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) ou Escala de Adesão Terapêutica de 4 itens de Morisky.

O DHP-18 é um instrumento composto por 18 itens que mede o impacto psicológico e comportamental da diabetes em três dimensões: sofrimento psicológico – SP (6 itens), barreiras à atividade – BA (7 itens) e alimentação desinibida – AD (5 itens). Cada resposta é pontuada de 0 a 3, com o 0 a representar ausência de disfunção. Foi construído a partir do Diabetes Health Profile 1 (DHP-1), de 32 questões, para melhor adequação ao uso em doentes com diabetes mellitus tipo 2 [10]. Já foi traduzido e validado para várias línguas, inclusive a língua portuguesa [11,12].

O MMAS-4 é uma escala que mede a adesão à terapêutica prescrita através de quatro questões. É largamente usada em várias doenças crónicas, incluindo a diabetes tipo 2 [13,14]. A sua versão de 8 questões já foi traduzida e validada para a língua portuguesa [15].

Ao questionário foram adicionadas questões relativas a algumas características inerentes ao doente, nomeadamente “idade”, “sexo”, “habilitações literárias”, “controlo da diabetes” e “duração da diabetes”.

O tamanho da amostra foi calculado para representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%, a população portuguesa com diabetes mellitus tipo 2. Para este cálculo foi utilizada uma ferramenta disponível em http://www.surveysystem.com/sscalc.htm, a qual determinou que a amostra deveria ter no mínimo 96 pessoas. A amostra foi estratificada proporcionalmente para, por sexo e grupo etário, representar para o tamanho a estudar, a população portuguesa. Posteriormente foi calculado o número de questionários a aplicar em cada unidade de saúde, sendo atribuídos metade em cada uma.

A recolha de dados decorreu de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os questionários foram aplicados a utentes que saíam da consulta ou aguardavam por esta, num gabinete, pela investigadora, devidamente identificada, na UCSP Fernão de Magalhães, e antes da consulta de enfermagem, após solicitação pelo sector de atendimento administrativo na USF Topázio. Antes da realização dos questionários, foi explicado o intuito do projeto e obtido o consentimento informado por escrito. A participação dos utentes foi voluntária e confidencial, dado não haver qualquer referência à pessoa que preenchia o questionário.

O estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (anexo 3), assim como a autorização dos coordenadores das duas unidades de saúde, USF Topázio (anexo 4) e UCSP Fernão de Magalhães (anexo 5). Para a utilização da versão portuguesa do DHP, foi pedida autorização aos responsáveis pela sua tradução e pela sua validação.

A análise estatística dos dados colhidos foi feita com recurso ao software “IBM SPSS Statistics”, versão 19. Foi feita estatística descritiva para perceber o impacto e caracterizar a amostra e estatística inferencial para perceber as relações com as outras variáveis. Foram utilizados o teste do $\chi 2$ e testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente, teste de Kruskal

Wallis e teste U de Mann-Whitney. Definiu-se um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Resultados

A amostra em estudo encontra-se caracterizada na tabela 1, relativamente às variáveis sociodemográficas, relacionadas com a diabetes e adesão à terapêutica com distribuição em função da mediana do somatório de cada dimensão do DHP-18. Ausências de resposta em algum item não foram consideradas para a caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=110).

Variável	Valores	n	%
Grupo etário	20-39 anos	5	4,5
	40-59 anos	33	30,0
	60-79 anos	72	65,5
Sexo	Masculino	63	57,3
	Feminino	47	42,7
Grau de Instrução	Baixo (até 9º ano)	40	36,4
	Médio (9º ano)	41	37,3
	Alto (acima de 9º ano)	29	26,4
Controlo da diabetes			
Diabetes controlada?	Sim	89	80,9
	Não	21	19,1
Recorda valores HbA1c?	Sim	35	31,8
	Não	75	68,2
Duração da diabetes	Média ± d.p.	10,18 ± 8,35	
	Menor que 10 anos	49	47,1
	Maior ou igual a 10 anos	55	52,9
Adesão à terapêutica (MMAS-4)	Boa (0)	76	69,1
(0 a 4)	Média (1-2)	26	23,6
	Má (3-4)	8	7,3
DHP-18 (0 a 54)	Mediana	10	
Dimensões do DHP-18			
Sofrimento Psicológico	Mediana=2		
(0 a 18)	< Md	53	48,2
	> Md	57	51,8
Barreiras à atividade	Mediana=5		
(0 a 21)	< Md	50	45,5
	> Md	60	54,5
Alimentação desinibida	Mediana=3		
(0 a 15)	< Md	42	38,2
	> Md	68	61,8

d.p.: desvio-padrão; **Md:** mediana; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa

Como se pode observar na tabela 1, e uma vez que a amostra em estudo foi distribuída de forma a representar a população portuguesa de acordo com prevalência da diabetes mellitus por grupo etário e por sexo, esta foi constituída maioritariamente por homens (57,3%), e por pessoas pertencentes ao grupo etário entre os 60-79 anos (65,5%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria, 37,3%, apresentou grau médio de instrução (9º ano), seguida de 36,4% com baixo grau (até 9º ano), e 26,4% com grau de instrução alto (acima do 9º ano). No que diz respeito ao controlo da diabetes, a maioria dos inquiridos (80,9%) achava que tinha a sua diabetes controlada e 31,8% dos inquiridos recordava um ou dois dos últimos valores medidos de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Quanto à duração da diabetes, o tempo médio do seu diagnóstico foi de 10,18 ± 8,35 anos. Relativamente à adesão à terapêutica, a 69,1% dos inquiridos apresentou boa adesão, 23,6% apresentou adesão média e 7,3% apresentou má adesão. No que concerne ao DHP, a mediana foi 10. Nas dimensões Sofrimento Psicológico, Barreiras à Atividade e Alimentação Desinibida, a mediana foi de 2, de 5 e de 3, respetivamente. Em todas as dimensões a maioria dos inquiridos apresentou um resultado superior à mediana. De realçar que pontuações mais elevadas evidenciam maior disfunção nestas dimensões.

A distribuição dos resultados obtidos nas dimensões do DHP-18 segundo o grupo etário, sexo, grau de instrução, controlo da diabetes e duração da diabetes, e a sua inferenciação encontram-se representadas na tabela 2. Foram encontradas associações entre o grau de instrução e a dimensão Sofrimento Psicológico, com significância estatística ($p = 0,013$). Não foram observadas diferenças significativas nas outras variáveis nesta dimensão. Na dimensão Barreiras à Atividade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo etário ($p = 0,033$) e no sexo ($p = 0,039$), não se tendo observado nas outras características. Não foram encontradas associações com significância estatística entre o grupo etário, sexo, grau de instrução, controlo da diabetes e duração da diabetes e a dimensão Alimentação Desinibida.

Tabela 2 - Relação entre as características dos doentes com diabetes tipo II e as dimensões do DHP-18

Variável		DHP- Sofrimento Psicológico			DHP - Barreiras à atividade			DHP - Alimentação desinibida		
		< Md n (%)	> Md n (%)	p	< Md n (%)	> Md n (%)	p	< Md n (%)	> Md n (%)	p
Grupo etário	20-39 anos	2 (40,0)	3 (60,0)	0,181	2 (40,0)	3 (60,0)	**0,033**	1 (20,0)	4 (80,0)	0,476
	40-59 anos	20 (60,6)	13 (39,4)		21 (63,6)	12 (36,4)		12 (36,4)	21 (63,6)	
	60-79 anos	31 (43,1)	41 (56,9)		27 (37,5)	45 (62,5)		29 (40,3)	43 (59,7)	
Sexo	Masculino	33 (52,4)	30 (47,6)	0,310	34 (59,0)	29 (46,0)	**0,039**	25 (39,7)	38 (60,3)	0,709
	Feminino	20 (42,6)	27 (57,4)		16 (34,0)	31 (66,0)		17 (36,2)	30 (63,8)	
Grau de Instrução	< 9º ano	14 (35,0)	26 (65,0)	**0,013**	14 (35,0)	26 (65,0)	0,087	16 (40,0)	24 (60,0)	0,834
	9º ano	20 (48,8)	21 (51,2)		20 (48,8)	21 (51,2)		15 (36,6)	26 (63,4)	
	> 9º ano	19 (65,5)	10 (34,5)		16 (55,2)	13 (44,8)		11 (37,9)	18 (62,1)	
Diabetes controlada?	Sim	46 (51,7)	43 (48,3)	0,132	40 (44,9)	49 (55,1)	0,826	37 (41,6)	52 (58,4)	0,134
	Não	7 (33,3)	14 (66,7)		10 (47,6)	11 (52,4)		5 (23,8)	16 (76,2)	
Recorda HbA1c?	Sim	17 (48,6)	18 (51,4)	0,956	18 (51,4)	17 (48,6)	0,329	14 (40,0)	21 (60,0)	0,790
	Não	36 (48,0)	39 (52,0)		32 (42,7)	43 (57,3)		28 (37,3)	47 (62,7)	
Duração da diabetes	< 10 anos	24 (49,0)	25 (51,0)	0,150	27 (55,1)	22 (44,9)	0,662	18 (36,7)	31 (63,3)	0,911
	≥ 10 anos	24 (43,6)	31 (56,4)		22 (40,0)	33 (60,0)		21 (38,2)	34 (61,8)	

Md: mediana; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa; **p:** valor-p

A relação entre o grupo etário, sexo, grau de instrução, controlo da diabetes, duração da diabetes, as três dimensões do DHP e a adesão à terapêutica encontram-se representadas na tabela 3. Não foram encontradas associações entre as três dimensões do DHP e a adesão à terapêutica. No que concerne às outras variáveis, apenas foi encontrada relação entre o achar ter a diabetes controlada e adesão à terapêutica, com significância estatística (p = 0,017).

Tabela 3 - Relação entre as características dos doentes com diabetes tipo II, as dimensões do DHP-18 e a Adesão à Terapêutica

Variável		**Adesão à Terapêutica (MMAS-4)**			
		Boa n (%)	Média n (%)	Má n (%)	p
Grupo etário	20-39 anos	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0,900
	40-59 anos	23 (69,7)	9 (27,3)	1 (3,0)	
	60-79 anos	49 (68,1)	17 (23,6)	6 (8,3)	
Sexo	Masculino	41 (65,1)	17 (27,0)	5 (7,9)	0,571
	Feminino	35 (74,5)	9 (19,1)	3 (6,4)	
Grau de Instrução	< 9º ano	30 (75,0)	7 (17,5)	3 (7,5)	0,578
	9º ano	27 (65,9)	11 (26,8)	3 (7,3)	
	> 9º ano	19 (65,5)	8 (27,6)	2 (6,9)	
Diabetes controlada?	Sim	66 (74,2)	16 (18,0)	7 (7,9)	**0,017**
	Não	10 (47,6)	10 (47,6)	1 (4,8)	
Recorda HbA1c?	Sim	22 (62,9)	11 (31,4)	2 (5,7)	0,414
	Não	54 (72,0)	15 (20,0)	6 (8,0)	
Duração da diabetes	< 10 anos	34 (69,4)	10 (20,4)	5 (10,2)	0,342
	≥ 10 anos	38 (69,1)	15 (27,3)	2 (3,6)	
DHP-18: Sofrimento Psicológico	< Md	39 (73,6)	11 (20,8)	3 (5,7)	0,602
	> Md	37 (64,9)	15 (26,3)	5 (8,8)	
DHP-18: Barreiras à atividade	< Md	32 (64,0)	16 (32,0)	2 (4,0)	0,113
	> Md	44 (73,3)	10 (16,7)	6 (10,0)	
DHP-18: Alimentação desinibida	< Md	29 (69,0)	9 (21,4)	4 (9,5)	0,738
	> Md	47 (69,1)	17 (25,0)	4 (5,9)	

Md: mediana; **n:** frequência absoluta; **%:** frequência relativa; **p:** valor-p

Discussão

O presente estudo teve como objetivo perceber o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2 nos doentes seguidos em Medicina Geral e Familiar em Portugal e identificar as características que podem estar associadas a este. Por forma a aproximar os resultados da realidade portuguesa dos doentes com diabetes tipo 2, os 110 questionários aplicados foram distribuídos de acordo com a sua prevalência por sexo e grupo etário.

O impacto psicológico e comportamental foi avaliado através do DHP-18, uma escala já traduzida e validada para a língua portuguesa, com enfoque nas dimensões Sofrimento Psicológico (SP), Barreiras à Atividade (BA) e Alimentação Desinibida (AD). No que concerne ao grupo etário, os inquiridos dos 40 aos 59 anos obtiveram menor pontuação comparativamente aos outros grupos, ou seja, melhor perfil de saúde, nas dimensões SP e BA, havendo significância estatística apenas na dimensão BA. A dimensão BA mede a ansiedade associada à diabetes e sua possível interferência nas atividades da vida diária [10], pelo que os inquiridos dos 40 aos 59 anos demonstraram menor ansiedade e maior capacidade de fazer as suas atividades normalmente. Estudos associaram um pior impacto físico e melhor impacto psicológico da diabetes em idades mais avançadas [16,17]. Uma possível explicação para este não ter sido o grupo etário a demonstrar melhor perfil nesta dimensão poderá ser o peso da maior presença de multimorbilidade e complicações da diabetes neste grupo etário, com interferência nas atividades da vida diária e, consequentemente, maior ansiedade.

No que diz respeito ao sexo, o sexo masculino evidenciou melhor perfil de saúde nas dimensões SP e BA, com significância estatística na dimensão BA. Estudos semelhantes associaram o sexo feminino a um pior de perfil de saúde nas diferentes dimensões [5]. Um estudo realizado em Portugal associou o sexo feminino a pior perfil de saúde no SP, mas não nas BA [7]. Esta diferença no impacto psicológico e comportamental associada ao sexo poderá estar relacionada com o facto das mulheres com diabetes terem mais tendência a apresentar

sintomas depressivos [18]. Além disso, já foi observado que os homens apresentavam maior satisfação com o tratamento, relatavam menor impacto associado à doença e tinham menor probabilidade de relatar sintomas de depressão ou ansiedade [3].

No que toca às habilitações literárias, os inquiridos com baixo grau de instrução apresentaram pior perfil saúde, em comparação com os inquiridos com alto grau, que apresentaram melhor perfil nas dimensões SP e BA, apenas com significância estatística na dimensão SP. A maior incidência de humor depressivo, irritabilidade e frustração, características com piores resultados na dimensão SP [10], nas pessoas com baixo grau de instrução poderá ser devida ao pior conhecimento e compreensão sobre a doença. Além disso, um pior grau de instrução já foi associado a presença de sintomas depressivos na diabetes em vários estudos [19]. Associação entre piores habilitações literárias e pior perfil de saúde nas diferentes dimensões do DHP-18 também já foi encontrada em estudos semelhantes [5,7].

No que concerne ao controlo da diabetes, a maioria dos inquiridos que julgavam não estar controlados apresentou pior perfil de saúde nas dimensões SP e AD. Uma explicação poderá ser os doentes com diabetes tipo 2 terem noção de que um mau controle é mau para a doença, causando-lhes sofrimento psicológico, com impacto no seu perfil de saúde. Ter conhecimento dos últimos valores de HbA1c não apresentou diferenças com significância estatística. De relembrar que a maioria (68,2%) não se recordava dos últimos valores. Uma possível explicação poderá ser o desconhecimento por parte de alguns doentes do seu significado e a existência de outras medidas para avaliar o controlo da diabetes com as quais os doentes têm mais contacto na vida diária, nomeadamente a glicémia capilar.

Embora sem significado estatístico, os inquiridos com diabetes há 10 ou mais anos apresentaram pior perfil de saúde relativamente aos doentes com diabetes há menos tempo na dimensão BA. Em estudos semelhantes os resultados foram variados, com e sem estabelecimento de relação entre as diferentes dimensões do DHP-18 e a duração da diabetes

[5,7]. Estas observações contraditórias não são únicas, tendo já sido encontrada divergência de resultados em estudos anteriores sobre a duração da diabetes e o seu impacto na qualidade de vida do doente com diabetes [3]. Foi sugerido que a variedade de resultados poderá querer dizer que a duração da diabetes poderá não ter tanta importância no impacto, em comparação com a presença de multimorbilidade [20].

Não houve nenhuma relação estatisticamente significativa entre a dimensão AD e as restantes variáveis. Contudo, em todas as categorias a maioria dos inquiridos apresentou pior pontuação nesta dimensão. Pior pontuação na AD representa falta na restrição alimentar, resultante de compulsão alimentar ou estímulos externos [10]. Este facto já foi observado aquando da validação do DHP-18 em Portugal, no qual foi sugerida a dificuldade da população portuguesa em fazer opções alimentares saudáveis [12].

A adesão à terapêutica foi avaliada através do MMAS-4. Em comparação com as outras variáveis, apenas na perceção do controle da diabetes foram encontradas diferenças com significância estatística. No grupo de inquiridos que achavam que não estavam controlados, a maioria apresentou boa e média adesão em igual percentagem (47,6%), diferentemente dos outros grupos, nos quais a grande maioria dos inquiridos apresentou boa adesão (74,2%). Este resultado poderá sugerir que doentes com diabetes tipo 2 reconhecem que uma pior adesão à terapêutica se reflete num pior controlo da doença.

Como limitações deste trabalho, salienta-se a diferença no método de aplicação dos questionários entre as duas unidades de saúde. Na UCSP Fernão de Magalhães a entrevista foi realizada pela investigadora, podendo ser considerado um viés de entrevistador, enquanto que na USF Topázio foi realizada por entrega para autopreenchimento pelas pessoas com diabetes pelo sector administrativo para resposta antes da consulta de enfermagem, dando-se opção de preenchimento com ajuda de acompanhante. No entanto, o sistema de entrevista para aplicação dos questionários permitiu contornar a impossibilidade de entrevistados analfabetos os

preencherem sozinhos e as dificuldades de interpretação de algumas questões, o que não aconteceu na USF Topázio, tendo sido recebidos todos os questionários entregues. A limitação no tempo obrigou à aplicação dos questionários em apenas duas unidades de saúde da região centro e à amostragem por conveniência. Contudo, a distribuição por sexo e por grupo etário de acordo com a prevalência da diabetes tipo 2 em Portugal torna-a mais representativa [2]. Para uma maior aproximação à realidade portuguesa dos doentes com diabetes seguidos em centros de saúde em Portugal será pertinente repetir o estudo numa amostra maior e a sua aplicação num maior número de centros de saúde de todas as regiões do país.

Conclusão

O presente estudo permitiu identificar algumas características que parecem estar associadas ao impacto psicológico e comportamental da diabetes mellitus tipo 2 na população portuguesa. Numa amostra com pouca disfunção nas dimensões do DHP (mediana de 2 no Sofrimento Psicológico, 5 nas Barreiras à Atividade e 3 na Alimentação Desinibida), mais habilitações literárias estão associadas a um melhor perfil de saúde na dimensão Sofrimento Psicológico, enquanto que o sexo masculino e idade compreendida entre 40 e 59 anos tem um impacto positivo na dimensão Barreiras à Atividade. Na dimensão Alimentação Desinibida, não foi encontrada diferença entre grupos, tendo a maioria apresentado pior perfil de saúde neste domínio. A adesão não está associada com o impacto psicológico e comportamental da diabetes, mas pior adesão correlaciona-se com a noção de falta de controlo da diabetes.

Será importante continuar os estudos em outros locais do país para identificar diferenças nas diferentes regiões e construir uma base sólida de informação que nos permita optar por melhores estratégias na manutenção de uma boa qualidade de vida nas pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela orientação, paciência, amabilidade, tempo despendido e pela ajuda constante.

Agradeço à Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, pela coorientação, simpatia e disponibilidade.

Agradeço todos os participantes, utentes, profissionais de saúde e funcionários da USF Topázio e UCSP Fernão de Magalhães, que de forma anónima contribuíram e tornaram possível a realização deste projeto.

Agradeço aos meus pais, Gentil e Ofélia, e aos meus irmãos, Pedro e Filipa, pelo apoio incondicional, por me aturarem e porque a eles devo a pessoa que sou hoje.

Agradeço às minhas "migas", pelas gargalhadas e apoio constante, porque com elas tudo é mais fácil.

Agradeço à África, à Leonor e à Regina, por estarem sempre lá.

E por fim agradeço à minha TFMUC, Tuna Feminina de Medicina da Universidade de Coimbra, por serem a minha segunda família, o meu apoio e o meu refúgio.

Referências Bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, Seventh Edition [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 27]. p. 144. Available from: http://www.diabetesatlas.org/
2. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números. Vol. 11, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014. 2014. 0-64 p.
3. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 1999 May [cited 2017 Feb 16];15(3):205–18. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291520-7560%28199905/06%2915%3A3%3C205%3A%3AAID-DMRR29%3E3.0.CO%3B2-O
4. Maddigan SL, Feeny DH, Majumdar SR, Farris KB, Johnson JA. Understanding the Determinants of Health for People With Type 2 Diabetes. Am J Public Health [Internet]. 2006 Sep [cited 2017 Mar 5];96(9):1649–55. Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2005.067728
5. Boini S, Erpelding M-L, Fagot-Campagna A, Mesbah M, Chwalow J, Penfornis A, et al. Factors associated with psychological and behavioral functioning in people with type 2 diabetes living in France. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 16];8(1):124. Available from: http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-124
6. Koopmanschap M. Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. Diabetologia [Internet]. 2002 Jul 24 [cited 2017 Mar 8];45(S1):S21–2. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00125-002-0861-2
7. Santos S, Beça H, Mota CL. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. Rev Port Med Geral e Fam [Internet]. 2015;31(3):186–96. Available from: http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11524

8. Sepúlveda E, Poínhos R, Constante M, Pais-Ribeiro J, Freitas P, Carvalho D. Relationship between chronic complications, hypertension, and health-related quality of life in Portuguese patients with type 2 diabetes. Diabetes Metab Syndr Obes [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 10];8:535–42. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26586958

9. Sepúlveda E, Poínhos R, Constante M, Pais-Ribeiro J, Freitas P, Carvalho D. health-related quality of life in type 1 and type 2 diabetic patients in a Portuguese central public hospital. [cited 2017 Mar 10]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425233/pdf/dmso-8-219.pdf

10. Meadows K, Abrams C, Sandbaek A. Adaptation of the Diabetes Health Profile (DHP-1) for use with patients with Type 2 diabetes mellitus: psychometric evaluation and cross-cultural comparison. Diabet Med [Internet]. 2000;17(8):572–80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073178

11. Ferreira PL, Neves C. O perfil de saúde do diabético (The diabetes health profile). Bol Soc Port Diabetol. 2002;6:10–7.

12. Santos Cruz R, Leitão CE, Ferreira PL. Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. Rev Port Endocrinol Diabetes Metab [Internet]. 2016;11(2):188–96. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2016.05.001

13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67–74.

14. Krapek K, King K, Warren SS, George KG, Caputo DA, Mihelich K, et al. Medication adherence and associated hemoglobin A 1c in type 2 diabetes. Ann Pharmacother. 2004;38(9):1357–62.

15. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP de. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da

pressão arterial. Arq Bras Cardiol. 2012;99(1):649–58.

16. Nicolucci A, Cucinotta D, Squatrito S, Lapolla A, Musacchio N, Leotta S, et al. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis [Internet]. 2009 Jan [cited 2017 Feb 27];19(1):45–53. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18450436

17. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, Völzke H, Meisinger C, Thorand B, et al. Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: Pooled analysis of five population-based surveys in Germany. Diabet Med [Internet]. 2012 May [cited 2017 Feb 16];29(5):646–53. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-5491.2011.03465.x

18. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, Depression, and Quality of Life: A population study. Diabetes Care [Internet]. 2004 May 1 [cited 2017 Mar 9];27(5):1066–70. Available from: http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diacare.27.5.1066

19. Moreira et al. Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47(1):19–29.

20. Luscombe FA. Health-Related Quality of Life Measurement in Type 2 Diabetes. Value Heal [Internet]. 2000 Nov [cited 2017 Feb 16];3:S15–28. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S109830151170016X

Anexo 1 – Questionário DHP-18 / MMAS-4

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

QUESTIONÁRIO

O questionário que se segue encontra-se integrado numa investigação para uma tese de Mestrado Integrado de Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e destina-se a avaliar o impacto da diabetes em utentes seguidos nos centros de saúde. As perguntas referem-se aos seus sentimentos e aos efeitos que a sua diabetes pode ter na sua vida. Não há respostas certas nem erradas, pelo que deve responder a cada pergunta marcando o quadrado correspondente à resposta que melhor o/a descreve a si e à sua diabetes. Em cada pergunta deve assinalar com uma cruz apenas uma opção. Este questionário é totalmente anónimo, pelo que não deve escrever o seu nome em nenhuma das folhas. Ao preencher este questionário, está a consentir a realização do mesmo. Este questionário foi aprovado eticamente.

Obrigado pela sua colaboração,
Daniela Filipa de Melo Pinto

A. Idade: _____

B. Sexo:

❑ Masculino ❑ Feminino

C. Habilitações literárias:

❑ Não sabe ler nem escrever
❑ Sabe ler e escrever
❑ Ensino básico (9º ano)
❑ Ensino secundário (12º ano)
❑ Ensino superior

D. Controlo da Diabetes:

Acha que tem a sua diabetes controlada? ❑ Sim ❑ Não

Lembra-se dos dois últimos valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) que mediu? ❑ Sim ❑ Não

Se sim, quais foram? _____ e _____

E. Duração da diabetes:

Há quanto tempo tem diabetes? _____

1

F. DHP – Perfil de Saúde do Diabético

		Sempre	Geralmente	Às vezes	Nunca
1.	Sente-se controlado/a pela sua alimentação?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
2.	Ter diabetes significa que é difícil sair até tarde?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
3.	Ter diabetes significa que a sua vida diária está dependente do horário das refeições?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
4.	Evita sair quando o seu açúcar está baixo?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
5.	Tem problemas em seguir a dieta porque come para se animar?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
6.	Perde a cabeça quando as pessoas insistem em que faça os testes de controlo do açúcar e siga a dieta?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
7.	Tem problemas em manter a dieta por ter dificuldade em recusar alimentos de que gosta?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

		Muitíssimo mais	Muito mais	Um pouco mais	Nada
8.	Há mais discussões ou aborrecimentos em casa do que haveria se não tivesse diabetes?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

		É muito fácil	É bastante fácil	Não é muito fácil	Não é nada fácil
9.	Quando começa a comer, com que facilidade consegue parar?	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3

		Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
10.	Quantas vezes come qualquer coisa extra quando se sente aborrecido/a?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

		Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
11.	Tem receio de apanhar uma constipação ou gripe, por causa da sua diabetes?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

2

	Gostaria muitíssimo	Gostaria muito	Gostaria pouco	Não gostaria
12. Gostaria que não houvesse tantas coisas boas para comer?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

	Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
13. Assusta-o/a ou preocupa-o/a entrar em lojas com muito movimento ou cheias de gente?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
14. Fica nervosa/a quando não está em casa e não encontra nenhum sítio onde comer?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Nunca
15. Fica deprimido/a ou "em baixo" por causa da sua diabetes?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
16. A sua diabetes fá-lo/a perder a cabeça ou gritar?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
17. Fica susceptível, irritado/a ou de mau humor por causa da diabetes?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0
18. Perde a calma por coisas sem importância?	❑ 3	❑ 2	❑ 1	❑ 0

G. MMAS-4 – Escala de Adesão Terapêutica de 4 itens de Morisky

1. Por vezes esquece-se de tomar os seus medicamentos para a diabetes?	❑ Sim	❑ Não
2. Tem problemas em se lembrar de tomar os seus medicamentos para a diabetes?	❑ Sim	❑ Não
3. Quando se sente melhor, às vezes para de tomar a sua medicação para a diabetes?	❑ Sim	❑ Não
4. Quando se sente mal com os medicamentos para a diabetes, às vezes para de tomá-los?	❑ Sim	❑ Não

3

Anexo 2 – Consentimento Informado

· U C ·

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

QUESTIONÁRIO - CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro Utente:

Este questionário destina-se a avaliar o impacto da diabetes em utentes seguidos nos centros de saúde. As perguntas referem-se aos seus sentimentos e aos efeitos que a sua diabetes pode ter na sua vida. O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população com diabetes tipo 2.

A participação é de carácter totalmente voluntário, podendo o utente desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento. O não preenchimento deste questionário não terá qualquer influência nos tratamentos de saúde. Este questionário é anónimo, pelo que não deve escrever o seu nome em nenhuma das folhas.

Não há respostas certas nem erradas, pelo que deve responder a cada pergunta marcando o quadrado correspondente à resposta que melhor o/a descreve a si e à sua diabetes. Em cada pergunta deve assinalar com uma cruz apenas uma opção.

O preenchimento deste questionário deverá demorar apenas 15 minutos.

Obrigado pela sua colaboração,

Daniela Filipa de Melo Pinto
Aluna do Mestrado Integrado em Medicina
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Contacto: danielamelop@hotmail.com

DECLARO QUE RECEBI A INFORMAÇÃO NECESSÁRIA, QUE ESTOU ESCLARECIDO E QUE ACEITO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE NO ESTUDO

Data:

Assinatura do participante:_____

Anexo 3 – Parecer Favorável da Comissão de Ética da ARS Centro

Comissão de Ética

Ana Lucia Carvalho Pereira Santos <ALSantos@arscentro.min-saude.pt>

sex 10/02/2017 14:44

Para:Daniela Filipa de Melo Pinto <danielamelop@hotmail.com>;

1 anexos (53 KB)

20170210152442904.pdf;

Exma. Senhora
Dra. Daniela Filipa de Melo Pinto

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se envia em anexo o parecer emitido pela Comissão de Ética, ao pedido formulado por V.Exa. e devidamente homologado pelo Conselho Diretivo desta ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos

Ana Lúcia Santos
Secretariado da Comissão de Ética

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO:
Parecer favorável, no entanto, condicionado à apresentação do resultado final.	Deliberação Unanime e Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde nos termos e condicionamentos aqui e menos se acha lavrado. 09-02-2017

ASSUNTO: ***78/2016 - Características associadas com o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2***

A temática é interessante apesar de não ser inovadora.

A Diabetes Mellitus é uma condição crónica que em Portugal apresenta uma prevalência de 13,3%. Atendendo aos números é, obviamente, de salutar os estudos desenvolvidos nesta área. No entanto, questionamos se estes estudos não deveriam efetivamente trazer algo novo ao invés de ser mais um estudo a abordar os problemas e parâmetros já abordados em vários estudos realizados anteriormente.

Os pontos previamente questionados foram retificados.

Coimbra, 01 de fevereiro de 2016

O Relator

(Dra. Carla Barbosa

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

Anexo 4 – Autorização para realização do estudo na USF Topázio

U.S.F. Topázio

A coordenadora da USF Topázio, ouvido a Conselho Técnico, declara aceitar e desejar a realização do trabalho de Mestrado Integrado em Medicina da aluna da FMUC, Daniela Filipa de Melo Pinto, "Características associadas com o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2".

Coimbra, 13 de Novembro de 2016

Maria Glória Neto, Dra.
Coordenadora
USF Topázio

Maria da Glória Neto

Coordenadora da USF Topázio

U.S.F. Topázio

Anexo 5 – Autorização para realização do estudo na UCSP Fernão de Magalhães

Maria João Trindade <trindadesolid@gmail.com>

sáb 21/01/2017 21:52

Para:Daniela Filipa de Melo Pinto <danielamelop@hotmail.com>;

Autorizo Daniela Filipa de Melo Pinto a realizar o estudo para a tese de mestrado integrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, cujo tema é "Características associadas ao impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2", aplicando os questionários aos doentes diabéticos da UCSP Fernão de Magalhães

A Coordenadora da UCSP Fernão de Magalhães
Maria João Trindade
Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar