

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DA CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO E APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DIABÉTICOS QUE SENTEM DOR**

YNNAE CÔRTEZ DA SILVA NERI

Brasília  
2015

YNNAE CÔRTEZ DA SILVA NERI

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO E APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DIABÉTICOS QUE SENTEM DOR**

Monografia apresentada a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem- TCCE II da UNB-FCE como requisito parcial à obtenção de nota e de Título de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Ms. Luciano Ramos de Lima

Brasília  
2015

NERI, Ynnaê Côrtes da Silva. Ansiedade e depressão em pacientes diabéticos que sentem dor.

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Comissão Julgadora**

---

Prof. Ms. Luciano Ramos de Lima  
Presidente (orientador)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Walterlânia Silva Santos  
Avaliador

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Diane Maria Scherer Kuhn Lago  
Avaliador

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e a minha graduação primeiramente à Deus que me concedeu a vida e as bênçãos necessárias para que eu permanecesse firme nesta trajetória. À minha mãe Vanja Wânia e ao meu pai Ronaldo Marinho por me darem educação, amor, incentivo e todos os artifícios para que eu concluísse os meus estudos. Ao meu pai Jairo Neri por me dar amor e ensinar sobre todas as virtudes da vida. Ao meu namorado Eduardo Neves por ser fonte de incentivo, amigo, estar sempre presente e enfrentar junto a mim todas as dificuldades. Aos meus irmãos Yallie Marinho e Saymon Ayhan, amigos de graduação Isabella Severina, Fernanda Paiva, Luana Ximenes, Priscila Corrêa, Phellipe Brunno, e todos aqueles que sempre estiveram comigo, Guilherme Henrique, Mariana Colasso, Fernanda Nogueira, Deborah Gontijo e Andressa Letícia por sempre acreditarem e torcerem por mim. Ao meu orientador, por oferecer todo o seu conhecimento e dedicação para que eu pudesse concluir este trabalho. Este resultado não seria o mesmo sem a presença de cada um.

## RESUMO

Este estudo objetivou analisar a relação entre a dor e os fatores ansiedade e depressão em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo, realizado na Unidade Básica de Saúde de Ceilândia do Distrito Federal, Brasil. Utilizou-se como instrumentos o questionário para identificação dos dados sociodemográficos; o instrumento para caracterização do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Ansiedade, segundo a Taxonomia NANDA-I (2012-2014); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; e a escala numérica para avaliação da dor. Participaram do estudo 50 pacientes diabéticos, com idade média de 62,1 anos e tempo médio de diagnóstico de DM de 10,46 anos. Indivíduos com maior intensidade da dor foram também aqueles que apresentaram maior grau de ansiedade e eram casos possíveis de depressão. Referente ao DE de Ansiedade, foram identificadas como principais características definidoras, relato verbal de dor (100%), fadiga (48%), mudanças no padrão de sono (46%), apreensivo (26%) e distúrbios do sono (26%). E principais características relacionadas, necessidades não satisfeitas (32%), ameaça e mudança ao estado de saúde (26%). É necessário explorar ainda mais a relação entre as condições clínicas e fatores psicológicos, já que, pacientes diabéticos com dor de moderada intensidade já podem apresentar alterações na funcionalidade, na condição de saúde e no tratamento. Os indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, têm dificuldades na aceitação da doença, o que compromete diretamente o tratamento e a sua qualidade de vida, sendo fundamental o reconhecimento da ansiedade e depressão nestes casos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus; Ansiedade; Depressão; Diagnóstico de enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the relationship between pain and anxiety factors and depression in patients with diabetes mellitus type 2. This is an observational study, cross-sectional, quantitative, held at the basic unit of health of Ceilândia, Distrito Federal, Brazil. It was used as instruments the questionnaire for identification of demographic data; the instrument for characterization of nursing diagnosis (of) anxiety, according to the NANDA Taxonomy-I (2012-2014); Hospital anxiety and depression scale; and the numeric scale for the evaluation of pain. Participated in this study 50 diabetic patients, with an average age of 62.1 years and average time of diagnosis of DM of 10.46 years. Individuals with greater intensity of pain were also those who showed a greater degree of anxiety and were possible cases of depression. Referring to the anxiety, were identified as the main defining features, verbal report of pain (100%), fatigue (48%), changes in sleep pattern (46%), apprehensive (26%) and sleep disorders (26%). And key features, unmet needs (32%), threat and change to state of health (26%). It is necessary to further explore the relationship between the clinical conditions and psychological factors, diabetic patients with pain of moderate intensity can introduce changes in functionality, the health condition and treatment. Individuals, to be exposed to aversivas situations, have difficulties in accepting the disease, what is committed directly the treatment and quality of life, being essential to the recognition of the anxiety and depression in these cases.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus; Anxiety; Depression; Nursing Diagnosis.

## **SUMÁRIO**

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1 Objetivos .....	9
1.1.1 - <i>Objetivo Geral</i> .....	9
1.1.2 - <i>Objetivo Específico</i> .....	9
<b>2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 – METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4 – RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>6 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7 – REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é considerada em países desenvolvidos e em desenvolvimento, um problema de saúde pública e uma das grandes pandemias mundiais. O aumento da incidência e da prevalência está atribuído ao envelhecimento populacional, ao aumento da urbanização e ao estilo de vida atual caracterizado por maus hábitos alimentares e inatividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014) sendo identificado em todas as regiões do mundo (MALTA et al., 2014).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000 foram registrados 177 milhões de casos da doença no mundo, com expectativa de que no ano de 2025 esse número aumente para 380 milhões, representando 7,1% da população mundial. No Brasil em especial, de acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, no ano de 2007, a ocorrência da diabetes para a população acima de 18 anos foi de 5,2% (PEREIRA; LÚCIO; SILVA, 2013). Outra análise feita entre o ano de 2006 e 2012 constatou o aumento de 6,5% para 7,9% de casos da doença no Distrito Federal, com variação de 0,30% ao ano (MALTA et al., 2014).

É uma doença multifatorial causada por diversos mecanismos, mas principalmente pela hiperglicemia que leva ao acúmulo de frutose nos nervos causando graves lesões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Dentre as comorbidades clínicas da DM, pode ser destacada a polineuropatia diabética, caracterizada por sinais e sintomas de disfunção neurológica. Entre eles, a dor neuropática é um sintoma crônico comum (MOREIRA et al., 2009). Dores características da inatividade física ou advindas de outras patologias são comuns quando os pacientes envolvidos são idosos, principalmente pelas alterações fisiológicas presentes nessa idade (PINHEIRO, 2014).

Além das alterações fisiológicas que resultam no processo da dor, o diagnóstico de doenças crônicas, como a diabetes, pode ser fator desencadeante de formas patológicas de ansiedade e depressão. Indivíduos quando expostos a situações como essas têm dificuldades na aceitação da doença, isso pode comprometer diretamente o tratamento, bem como, sua qualidade de vida (RAMOS; FERREIRA, 2011).



Um estudo realizado com 84 indivíduos, portadores de DM2, identificou entre eles uma alta frequência de transtornos psiquiátricos, sendo predominantes os diagnósticos de depressão e ansiedade (CLAVIJO et al., 2006). Outro artigo, elaborado a partir do estudo dos resultados de duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado confirmou a interferência dos fatores emocionais em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 de diferentes idades. Nestes três estudos analisados, eles identificaram reações emocionais como depressão e ansiedade que estão presentes desde o diagnóstico ao longo do tratamento independente da idade. A DM2 se revelou como uma doença que causa grandes impactos negativos na vida do indivíduo (SANTOS-FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008; SANTOS, 2006; RODRIGUES; 2006).

Dentre as complicações destaca-se que a DM2 pode provocar a incapacitação do indivíduo com o surgimento de problemas psicofisiológicos. Desta forma é fundamental que o profissional enfermeiro ofereça suporte e capacitação ao paciente para o enfrentamento da doença (RAMOS; FERREIRA, 2011).

O enfermeiro pode ser fundamental no controle da doença e seus impactos quando realiza os cuidados e orientações sobre a automonitorização da doença. A consulta de enfermagem é um dos vínculos do enfermeiro que pode influenciar sobre possíveis melhorias para sua qualidade de vida, o comprometimento do paciente com o tratamento e a prevenção das diversas complicações crônicas da doença (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2012; ARRUDA; SILVA, 2012).

Dentre as inúmeras publicações sugerindo a presença de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica, poucos são os estudos que fazem referência adequada a associação entre dor, transtornos ansiosos e depressivos (CASTRO et al., 2011). Desta maneira, se faz necessária a investigação sobre os quadros de ansiedade e depressão em pacientes diabéticos tipo 2 com dor já que esta pode ser determinante para o comprometimento psicológico do indivíduo. Estes fatores podem prejudicar a adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico, e também, levar a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença (MOREIRA et al., 2009).

## **1.1OBJETIVOS**

### 1.1.1 Objetivo Geral

Relacionar a presença da dor com a ansiedade e/ou depressão em pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 e identificar as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de ansiedade.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes diabéticos, que sentiam dor, atendidos pela Unidade Básica de Saúde.

Avaliar o impacto da dor e verificar a presença da ansiedade e da depressão em pacientes diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A diabetes mellitus é uma das principais causas de mortalidade, de insuficiência renal, de amputação de membros inferiores, de cegueira e de doença cardiovascular. Estimava-se que em 1985 existiam 30 milhões de adultos com a doença no mundo, sendo que em 1995 esse número chegou a 135 milhões, atingindo 173 milhões em 2002, com expectativa de aumento para 300 milhões de casos até o ano de 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A classificação atual baseada em sua etiologia, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA), possui quatro tipos diferentes, sendo eles: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de diabetes *mellitus* e DM gestacional, e ainda, classificadas como fatores de risco, a pré-diabetes e tolerância à glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A DM2 é a forma mais incidente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se tanto por alterações na ação como na secreção da insulina. É preocupante o aumento dos casos da doença visto que além de custos financeiros associados ao atendimento aos pacientes, a diabetes pode trazer muitas outras consequências negativas à sociedade que incluem dor, ansiedade, depressão, inconveniência, menor qualidade de vida aos doentes e suas famílias, aposentadoria precoce e redução acentuada na expectativa de vida, por interferir no controle metabólico que pode aumentar as complicações da doença (BRASIL, 2006; MOREIRA et al., 2009).

Entre as várias comorbidades, podem ser destacadas as microvasculares, como a polineuropatia diabética, uma das principais complicações da diabetes que consiste em um processo patológico insidioso e progressivo definido pela presença de sinais e sintomas de disfunção neurológica (MOREIRA et al., 2009).

É causada por diversos mecanismos, mas principalmente pela hiperglicemia que leva ao acúmulo de frutose nos nervos causando graves lesões (GAGLIARDI, 2003). A polineuropatia por si só pode causar dor, que pode ser definida como uma “experiência sensitiva desagradável associada à lesão atual ou potencial” (SAKATA; ISSY, 2008).

A dor neuropática tem como principal causa a polineuropatia diabética e ocorre devido a lesões ou disfunção do sistema nervoso associada a diversos eventos que incluem alterações biológicas importantes

SCHESTATSKY, 2008). É caracterizada por queimação, dormência ou formigamento, sendo intensificada durante a noite e ao repouso (MOREIRA et al., 2009).

O tratamento farmacológico da dor crônica nem sempre se dispõe de métodos analgésicos eficazes, por isso, além das drogas analgésicas, são utilizados medicamentos que alteram o comportamento afetivo-emocional, como ansiolíticos e antidepressivos. O objetivo da medicação coadjuvante é melhorar a qualidade da analgesia e, além disso, controlar as manifestações emocionais associadas a dor (ISSY et al., 2009).

Contudo esses medicamentos devem ser utilizados de maneira criteriosa analisando sempre a relação risco-benefício favorável ao paciente. Eles podem ser fundamentais para tratar a dor, bem como alterações psicológicas geradas por ela, (ISSY et al., 2009) minimizando assim as diversas dificuldades encontradas pelo paciente diabético.

Estudo realizado por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2003) comparou níveis de ansiedade, depressão e estresse entre pacientes com ou sem complicações crônicas da doença e concluiu estatisticamente que aqueles com complicações crônicas, tal como a diabetes, apresentaram maior nível de depressão que os outros.

Pacientes que apresentam o diagnóstico de doenças crônicas, como o da diabetes, têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de ansiedade e depressão. Os indivíduos ao serem expostos a situações características da doença, apresentariam forte dificuldade na aceitação e tratamento da doença (RAMOS; FERREIRA, 2011).

Sintomas de depressão estão diretamente associados ao aumento da gravidade e das complicações da doença, bem como, em associação ainda mais forte, com a neuropatia diabética (MOREIRA et al., 2009). É muito comum a associação entre doenças crônicas e depressão. Esta é uma síndrome psiquiátrica que acomete de 3% a 5% da população em geral, sendo que em populações clínicas esse número é ainda maior (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Para explicar a presença de sintomas depressivos em pacientes diabéticos, Moreira et al. (2009) relata em seu estudo sobre alterações bioquímicas, como a hiperglicemia, e as exigências psicossociais e psicológicas associados ao tratamento e à doença. Concluiu ainda, que os sintomas associados à DM2 podem prejudicar a

adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico, bem como, levar a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença.

Além da depressão, um estudo populacional realizado na Alemanha, identificou grande associação entre o DM e os transtornos de ansiedade (KRUSE; SHMITZ; THEFELD, 2003). Essa associação pode estar relacionada muitas vezes, entre outros fatores, a situação de baixa renda da população (CLAVIJO et al., 2006).

Um estudo comprovou que a descoberta do diagnóstico de diabetes pode vir acompanhado de sentimentos disfóricos sinalizando a existência de conflitos psicológicos que podem provocar a vulnerabilidade aos sintomas de ansiedade. A presença do diabetes pode ocasionar medos e ansiedades que são obstáculos na incorporação da informação e no seguimento do tratamento (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

De acordo com Pinheiro et al. (2014), os aspectos psicológicos podem ser fatores que intensificam o quadro gerado por doenças crônicas. Sendo ainda que pessoas com algum comprometimento físico sofrem a influência de aspectos emocionais, pela fragilidade gerada na presença da doença.

Além disso, o perfil psicológico e a aceitação da doença influenciam os níveis glicêmicos e, com frequência, pode ocorrer comprometimento na qualidade de vida dos pacientes diabéticos, pelas limitações funcionais, dificuldades financeiras, estresse e depressão. Esta por sua vez, pode ainda acarretar na diminuição da motivação ao tratamento, dificultando o controle glicêmico (PÉRES, FRANCO, SANTOS, 2008).

A American Diabetes Association (2011) destaca que os fatores emocionais, como ansiedade e depressão, devam ser avaliados quando há um baixo controle glicêmico, principalmente por esses fatores serem fundamentais para o seguimento do tratamento e fazerem parte dos padrões de cuidados para a diabetes mellitus.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Ceilândia do Distrito Federal. Esta unidade atende aos pacientes diabéticos da região adescrita garantindo a receita, os curativos e todas as orientações necessárias para o tratamento da doença.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a junho de 2015. Os instrumentos adotados foram: para avaliação da ansiedade e depressão a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 2) e a caracterização do diagnóstico de enfermagem da *International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014* – Ansiedade (Anexo 3) para identificação destes em pacientes diabéticos.

A amostra do estudo foi aleatória e convencional, constituída de 50 pacientes. Os instrumentos foram aplicados após as consultas marcadas com a enfermeira da unidade, a qual realizava acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2. Todos eles assinaram o termo de comprometimento livre e esclarecido e aceitaram participar da pesquisa.

Foram incluídos portadores de DM2, com idade igual ou superior a 18 anos, com nível de consciência preservado e que referiram dor. Foram excluídos os portadores de diabetes mellitus tipo 1, pacientes com história de doença neurológica, endócrina, infecciosa e neoplasia e em uso de álcool.

Os pacientes entrevistados eram acompanhados pela equipe médica e por uma enfermeira especialista na área da diabetes mellitus, referência em Brasília por realizar as consultas, prescrições, e orientações de enfermagem com base nos manuais atualizados do Ministério da Saúde.

Este estudo está inserido em um projeto maior intitulado “Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor crônica neuropática” que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS com aprovação (710779/2014).

A análise de dados foi realizada com o uso do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas. Inicialmente, foi feita uma análise exploratória dos dados (descritiva), as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) e após análise dos resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

## **4 RESULTADOS**

Observou-se entre os pacientes entrevistados que a média do tempo de diagnóstico de DM foi de 10,46 anos (MIN.= 1; MÁX.= 50 e DP= $\pm$ 9,837). Dos 50 pacientes avaliados, 82% eram do sexo feminino e 18% do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 62,10 anos (MIN.= 42, MÁX.=79, e DP= $\pm$ 8,28 anos). A maioria era casada e com naturalidade nordestina. Apenas 4% tinham ensino superior completo, predominando 54% com ensino fundamental incompleto. A maior parte dos entrevistados era aposentada e 60% tinha a renda mensal de apenas um salário mínimo (Tabela 1).

De acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, as mulheres foram à maioria a apresentar ansiedade, com quase metade do número total, 18 mulheres (43,9%), sendo que 14 delas (24,1%) apresentaram depressão (Tabela 1).

**Tabela 1** - Aspectos sociodemográficos dos pacientes diabéticos relacionados aos dados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Ceilândia 2015.

Variáveis	n	%	Ansiedade		Depressão	
			Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
<b>Sexo</b>						
Feminino	41	82	18(43,9%)	23(56,1%)	14(34,1%)	27(65,8%)
Masculino	9	18,0	-	9(100%)	2(22,2%)	7(77,8%)
<b>Idade</b>						
42-49 anos	4	8,0	2(11,2%)	2(6,2%)	1(6,3%)	3(8,7%)
50-59 anos	12	24,0	2(11,2%)	10(31%)	4(25,2%)	8(23,3%)
60-69 anos	24	48,0	10(55,7%)	14(43,4%)	6(37,8%)	18(52,2%)
> 70 anos	10	20,0	4(22,4%)	6(18,6%)	5(31,5%)	5(14,5%)
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	9	18,0	4(22,2%)	5(15,6%)	4(25%)	5(14,7%)
Casado	23	46,0	6(33,3%)	17(53,1%)	7(43,8%)	16(47,1%)
Divorciado	6	12,0	2(11,1)	4(12,5%)	1(6,3%)	5(14,7%)
Viúvo	12	24,0	6(33,3)	6(18,8%)	4(25%)	8(23,5%)
<b>Naturalidade</b>						
Nordeste	33	66,0	10(55,3%)	23(71,9%)	10(62,5%)	23(67,6%)
Norte	3	6,0	2(11,1)	1(3,1%)	1(6,3%)	2(5,9%)
Centro-Oeste	8	16,0	3(16,7%)	5(15,6%)	3(18,8%)	5(14,7%)
Sudeste	6	12,0	3(16,7%)	3(9,4%)	2(12,5%)	4(11,8%)
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	6	12,0	2(11,1%)	4(12,5%)		



Ensino fundamental Incompleto	27	54,0	11(61,1%)	16(50%)	9(56,3%)	18(52,9%)
Ensino fundamental Completo	6	12,0	1(5,6%)	5(15,6%)	1(6,3%)	5(14,7%)
Ensino médio incompleto	4	8,0	1(5,6%)	3(9,4%)	2(12,5%)	2(5,9%)
Ensino médio completo	5	10,0	1(5,6%)	4(12,5%)	2(12,5%)	3(8,8%)
Ensino superior incompleto	0	0,0	-	-	-	-
Ensino superior completo	2	4,0	2(11,1%)	-	1(6,3%)	1(2,9%)
<b>Fonte de renda</b>						
Empregado	11	22,0	3(16,7%)	8(25%)	4(25%)	7(20,6%)
Desempregado	6	12,0	1(5,6%)	5(15,6%)	-	6(17,6%)
Aposentado	24	48,0	8(44,4%)	16(50%)	7(43,8%)	17(50%)
Pensionista	9	18,0	6(33,3%)	3(9,4%)	5(31,3%)	4(11,8%)
<b>Renda</b>						
Um salário mínimo	30	60,0	10(55,6%)	20(62,5%)	8(50%)	22(64,7%)
Dois salários mínimos	13	26,0	6(33,3%)	7(21,9%)	5(31,3%)	8(23,5%)
Três salários mínimos	2	4,0	-	2(6,3%)	1(6,3%)	1(2,9%)
Quatro salários mínimos	2	4,0	1(5,6%)	1(3,1%)	2(12,5%)	-
Cinco salários mínimos	2	4,0	-	2(6,3%)	-	2(5,9%)
Nove salários mínimos	1	2,0	1(5,6%)	-	-	1(2,9%)

O intervalo de idade com maior número de diagnósticos tanto de ansiedade como de depressão foi o de 60 a 69 anos, casados, nordestinos, com ensino fundamental incompleto e renda de um salário mínimo também.

De acordo com o instrumento aplicado para a análise dos casos de ansiedade e depressão, foi percebido que, 16% dos pacientes tinham distúrbios graves relacionados à depressão, 4% apresentaram sintomas clínicos (mas não

tinham diagnóstico confirmado), e 12% apresentaram apenas algumas alterações relacionadas à depressão. Contudo os indivíduos que tinham maior intensidade de dor (descrita como moderada) eram casos possíveis de depressão, seguido pelos casos de distúrbios graves como apresentado a seguir (Figura 1).

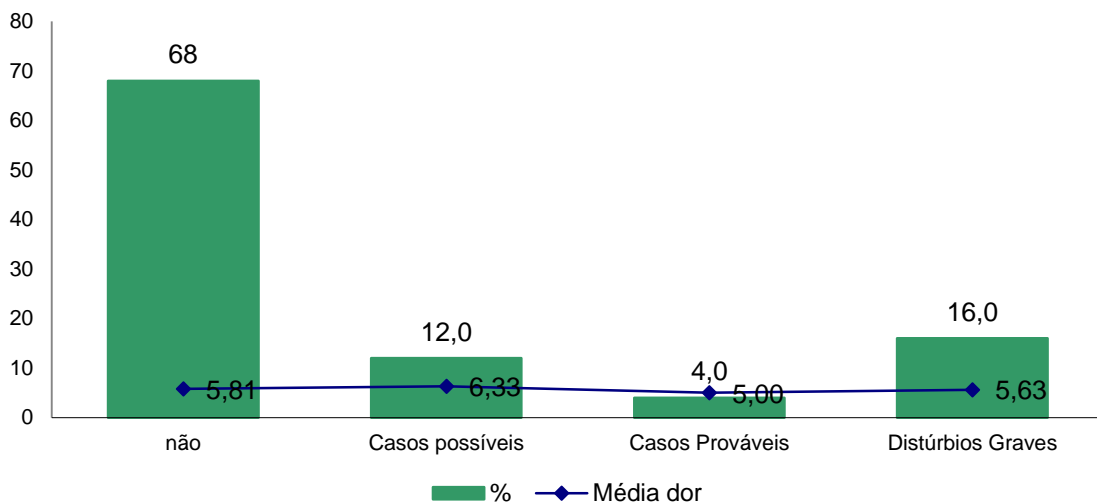


Figura 1 – Descrição da análise dos casos de depressão relacionados a intensidade de dor de pacientes diabéticos segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Ceilândia 2015.

Já na análise sobre os casos de ansiedade, 14% dos pacientes apresentaram distúrbios graves relacionados, 6% apresentaram sintomas clínicos, mas não tinham diagnóstico confirmado, e 16% apresentaram apenas algumas alterações relacionadas à depressão. Contudo os indivíduos que tinham maior intensidade da dor foram também aqueles que apresentaram maior grau de ansiedade (Figura 2).

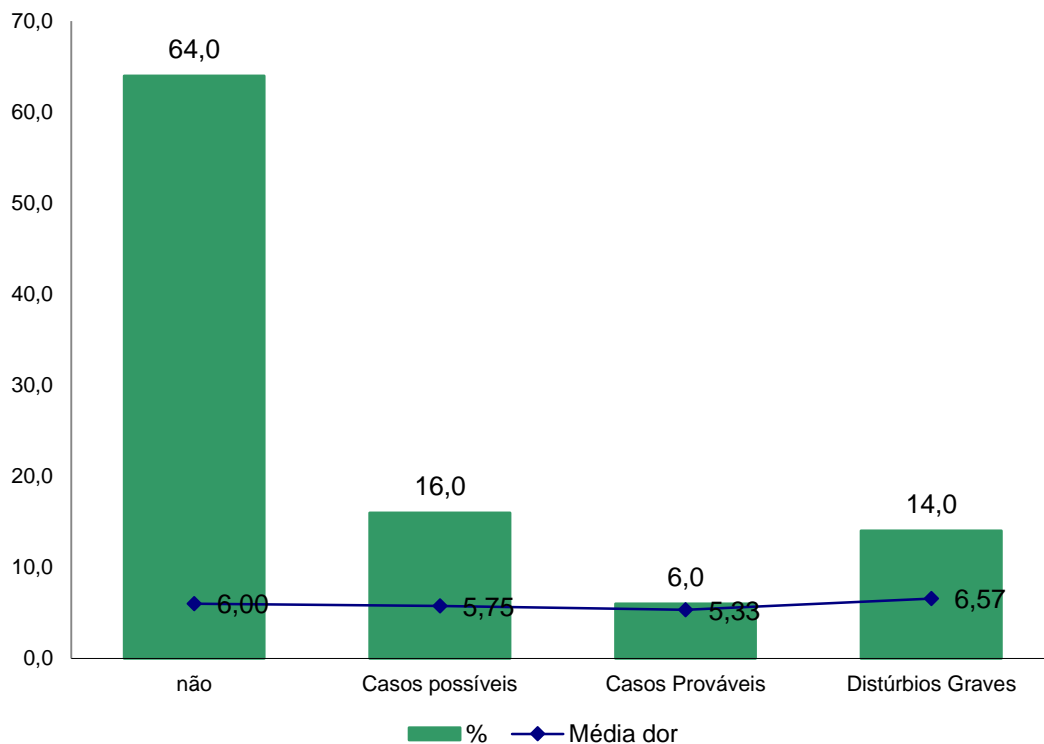


Figura 2 – Descrição da análise dos casos de Ansiedade relacionados a intensidade de dor de pacientes diabéticos segundo Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Ceilândia 2015.

O Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade identificou 13 principais características definidoras: 100% relato verbal de dor, 48% fadiga, 46% mudanças no padrão de sono, 26% apreensivo e distúrbios do sono, e com frequência inferior a 5% inquietação, medo e interação reduzida com as pessoas. A análise da caracterização do diagnóstico de enfermagem associada a dor observou, que a maior intensidade de dor foi em quem apresentou as características definidoras de sentimento de inadequação, medo, mudanças no padrão do sono e distúrbios do sono sendo a dor caracterizada de moderada a intensa (entre 6 a 7 pontos) atribuídos a estas características definidoras (Tabela 2).

Os principais fatores relacionados foram 32% necessidades não satisfeitas, 26% ameaça e mudança ao estado de saúde, ambos fatores relacionados aos pacientes que referiram dor moderada (6 pontos) também (tabela 2).

**Tabela 2**– Descrição do Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade, incluindo características definidoras e fatores relacionados associados, a presença de dor de pacientes diabéticos, Ceilândia, 2015.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>						
<b>Ansiedade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mín</b>	<b>Max</b>
<b>Características definidoras</b>						
Relato verbal de dor	50	100	5,20	2,33	1	9
Fadiga	24	48	5,50	2,53	1	9
Mudanças no padrão de sono	23	46	6,43	1,67	3	9
Apreensivo	13	26	5,31	1,93	1	8
Distúrbios do sono	13	26	6,00	2,12	1	8
Afobado	9	18	5,44	2,35	2	8
Sentimento de inadequação	8	16	7,00	1,69	4	9
Irritabilidade	8	16	6,13	2,85	1	8
Incerteza	6	12	4,50	2,58	1	7
Atenção prejudicada	6	12	5,50	2,49	3	9
Inquietação	5	10	5,00	2,44	2	8
Medo	5	10	6,60	1,67	4	8
Interação reduzida com as pessoas	5	10	5,00	2,12	2	7
<b>Fatores relacionados</b>						
Necessidades não satisfeitas	16	32	6,00	2,06	1	9
Ameaça ao estado de saúde	13	26	6,46	1,71	3	8
Mudança do estado de saúde	13	26	6,46	1,71	3	8
Estresse	9	18	5,78	2,05	3	8
Crises situacionais	9	18	5,22	1,98	1	7

Legenda: N= número de casos; %= porcentagem representada pelo N; M= média de dor; DP= desvio padrão; Mín.= mínimo de dor; Máx.= máximo de dor.

## 5 DISCUSSÃO

Como observado, os pacientes apresentaram associação da dor com a ansiedade, bem como, com as suas características identificadas no diagnóstico de

enfermagem. Isso pode trazer muitas consequências negativas ao tratamento e à qualidade de vida do paciente (MALTA et al., 2014).

Na análise realizada, prevaleceram os pacientes do sexo feminino, casados, com ensino fundamental incompleto e com renda advinda da aposentadoria. Além disso, a renda não ultrapassou a quantia equivalente a dois salários mínimos em sua maioria.

De acordo com a escala de ansiedade e depressão utilizada, esta população foi a que mais apresentou ansiedade (43,9%) e depressão (34,1%) comparadas a outras pesquisas. Outros estudos também apresentaram em suas análises a prevalência do sexo feminino, casados, de baixa escolaridade e renda, sendo que dentre as características observadas, não encontraram aspectos associados significativos entre a ansiedade e depressão e o estado civil (CASTRO et al., 2011; CAPELA et al., 2009; ANAFOROGLU et al., 2012).

Péres, Franco e Santos (2008) realizaram um estudo que identificou mulheres que apresentavam raiva e revolta com o diagnóstico da diabetes, isso sinalizou sobre a existência de conflitos psicológicos que aumentam a vulnerabilidade aos sintomas de ansiedade e depressão. Esta é a população que mais refere dor, sendo comum também a mesma situação em pacientes com baixa escolaridade (CASTRO et al., 2006). Boas (2012) demonstra que quanto maior o conhecimento e a habilidade da pessoa com DM em resolver problemas diários, melhor é a adesão ao tratamento e por isso, menores são consequências da doença.

Outro estudo realizado em São Paulo, Brasil, confirmou também sobre a maior prevalência de DM em indivíduos com menor grau de escolaridade. Apontou sobre a capacidade deste fator influenciar no autocuidado e no acesso às medidas preventivas a riscos psicológicos (BOSI et al., 2009).

A associação entre a DM e os transtornos de ansiedade e depressão pode estar relacionada, entre outros fatores, a situação de baixa renda da população, como foi verificado. Um estudo encontrou altas taxas de prevalência de transtornos de ansiedade em sua amostra, sendo que, os portadores de DM2 de baixa renda apresentaram duas vezes mais que os não diabéticos ou de doença crônica (CLAVIJO et al., 2006).

A escala hospitalar utilizada possui uma vantagem, a ausência de sintomas confusos comuns entre doenças clínicas e depressão, como fadiga, inapetência e

alterações do sono, e por isso, pode sugerir a presença de transtornos de humor que poderiam passar despercebidos. Esse instrumento pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos para depressão, demonstrando, em seu resultado final, a necessidade ou não do uso de outros métodos diagnósticos adequados, na identificação e na condução do tratamento (CASTRO et al., 2006).

Por se tratar de um instrumento de auto-avaliação, o indivíduo pode exacerbar ou negar sintomas, enfatizando os traços socialmente aceitos. Além disso, fatores sociais e culturais podem contribuir para a compreensão e o significado, tendo em vista os termos que o compõem (CASTRO et al., 2006).

Dentro da escala são definidos como casos confirmados os pacientes que apresentam algum resultado laboratorial positivo, como casos prováveis os pacientes que apresentam os sintomas clínicos da doença, mas sem a confirmação laboratorial, e como casos possíveis aqueles que não apresentam todos os sintomas clínicos (FORSYTHE, 2010).

Diante disto, observou-se pela caracterização dos níveis de ansiedade o nível de casos possíveis como o mais prevalente. Por outro lado, a caracterização dos níveis de depressão evidenciou o estado de distúrbios graves como mais prevalente.

Aqueles indivíduos que apresentaram maior intensidade de dor foram também aqueles que apresentaram maior grau de ansiedade e eram casos possíveis de depressão, seguido pelos casos de distúrbios graves como apresentado anteriormente nos resultados deste estudo.

A relação entre componentes afetivos, como depressão e ansiedade, e a dor crônica tem sido conhecida desde a antiguidade, por isso, deve-se explorar a relação entre as condições clínicas e os fatores psicológicos (CASTRO et al., 2011). A dor crônica está diretamente relacionada com a depressão, sendo a ansiedade parte de uma reação de medo e de desconhecimento do diagnóstico (CASTRO et al., 2006) ou do prognóstico.

Estudo realizado por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2003) comparou níveis de ansiedade, depressão e estresse entre pacientes com ou sem complicações crônicas da doença e concluiu estatisticamente que aqueles com complicações crônicas apresentaram maior nível de depressão que os outros. Sintomas de depressão estão diretamente associados ao aumento da gravidade e das

complicações da doença, bem como, em associação ainda mais forte, com a dor (MOREIRA et al., 2009).

Outros estudos (CASTRO et al., 2011; PICALET, VLAEYEN, SHOUTEN, 2002; HOLROYD et al., 2000), relataram que o medo de aumentar a dor prevê uma dor mais severa e maior incapacidade em pacientes com dor crônica. Com isso, a percepção da mesma pode ser ampliada em contextos de ansiedade e depressão.

A caracterização do Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade teve como as principais características definidoras o relato verbal de dor, fadiga, mudanças no padrão de sono, apreensão e distúrbios do sono. Os principais fatores relacionados foram as necessidades não satisfeitas, ameaça e mudança ao estado de saúde respectivamente.

Um estudo identificou que pacientes com dor neuropática de moderada intensidade apresentaram alterações na funcionalidade e condições de saúde do paciente. Constataram ainda que ela pode interferir na qualidade de vida quando tornam as duas necessidades básicas não satisfeitas (MOREIRA et al., 2009).

A depressão e a dor produzem taxas de desemprego mais elevadas, prejuízos na funcionalidade social e diminuição do grau de satisfação do paciente em suas atividades realizadas (CASTRO et al., 2011).

Outro fator encontrado que pode comprometer substancialmente a qualidade de vida do indivíduo é a perturbação do sono. A dor, o uso de medicações e diferentes condições clínicas são exemplos de fatores que podem afetar a quantidade e a qualidade do sono. Essa situação conseqüentemente gera prejuízos ao tratamento de doenças crônicas, como a DM2, devido a sonolência, cansaço e risco de acidentes (MULLER, GUIMARÃES, 2007).

Segundo Furlanetto e Brasil (2006), sintomas comuns em pacientes com depressão e outras alterações psicológicas são a fadiga e alterações do peso, podendo ter como causa o tratamento prolongado da DM2. Outros sintomas podem ainda estar relacionados como a atenção prejudicada e a inquietação encontrados nos pacientes deste estudo.

Outro fator importante relacionado é o tempo de diagnóstico da doença que, segundo Santos (2013), não está relacionado com a adesão ou não ao autocuidado, e o indivíduo permanece assim, com comportamento indesejável frente a alguns elementos do autocuidado como a prática de exercícios diários, alimentação

saudável e adesão ao tratamento. Com isso, as alterações psicológicas se intensificam pela não resolução e piora do quadro.

Sabe-se que o enfermeiro é o profissional direcionador do planejamento de ações sobre o autocuidado e alívio da dor que deverá ser desenvolvido pelo paciente, é ainda facilitador deste processo através do vínculo formado e confiança do paciente quanto à realização dos procedimentos aprendidos (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2012). É importante que os pacientes e seus familiares adquiram conhecimento acerca da DM2 para que se tornem capazes de tomar decisões sobre as grandes mudanças no seu cotidiano.

No processo de aprendizagem, há obstáculos, tanto cognitivos quanto emocionais, que precisam ser trabalhados pela enfermagem. Cada paciente expressa a doença de uma maneira diferente, e o enfermeiro precisa ter uma visão ampla tanto da história clínica quanto da história situacional de superação do quadro (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2012).

Além disso, todos os profissionais enfermeiros que atuam com atividades educativas em diabetes necessitam de um conhecimento amplo sobre a patologia que os tornem capazes de realizar julgamento clínico eficiente na formulação dos diagnósticos de enfermagem e também na escolha de intervenções adequadas (BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008).

O suporte adequado aos pacientes, que abrange suas necessidades físicas e psicológicas, tem grande impacto sobre a evolução da saúde e mudanças no comportamento das pessoas com diabetes. Mudanças no estilo de vida baseadas em educação continuada dessas pessoas podem resultar em redução de peso, melhora no controle glicêmico, da pressão arterial e de lipídeos, reduzindo, conseqüentemente, os riscos vasculares (TEIXEIRA; ZANETTI; PEREIRA, 2009).

Todos os pacientes entrevistados realizavam acompanhamento pela equipe médica e de enfermagem no centro de saúde da Ceilândia. A enfermeira responsável é especialista na área da diabetes mellitus e exemplo para os profissionais da região por realizar as consultas, prescrições, e orientações de enfermagem com base nos manuais atualizados do Ministério da Saúde. A mesma também realizava curativos àqueles pacientes diabéticos com complicações crônicas da doença.

Aqueles que referiram dor eram medicados de acordo com a sua causa de



origem. Muitos tinham patologias associadas, como, a fibromialgia, hipertensão e osteoporose, e por isso, a dor era investigada para que pudesse ser aliviada ou solucionada de acordo com a situação de cada paciente.

O número de pacientes foi bastante restrito já que eram atendidos na consulta de enfermagem em um único dia da semana, e desta maneira, muitas vezes foram encontrados os mesmos pacientes das semanas anteriores. Outro motivo, foi de que muitos pacientes estavam em busca da enfermeira apenas para obtenção da receita medicamentosa, e reclamavam pela demora das consultas que eram bastante detalhadas. Por isso, não tinham interesse em permanecer por mais tempo no local para responder a pesquisa, o que prejudicou a amostra para compor o estudo.

Todos eles foram analisados com o fator estabelecido de pacientes diabéticos que sentiam dor de qualquer espécie. Desta maneira, muitos pacientes entrevistados foram descartados da análise por relatarem não sentir dor.

## **6 CONCLUSÃO**

Foi possível identificar no presente estudo que a intensidade da dor está relacionada a um aumento da ansiedade, que pode gerar alterações na funcionalidade e condições de saúde do paciente diabético. Indivíduos que tinham maior intensidade da dor foram também aqueles que apresentaram maior grau de ansiedade. Contudo, estes indivíduos eram apenas casos possíveis de depressão, pacientes que não

apresentam todos os sintomas clínicos relacionados à referida doença.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, casados, aposentados, renda básica de um salário mínimo, com ensino fundamental incompleto e que nasceram no nordeste do Brasil.

Com relação ao diagnóstico de enfermagem de ansiedade, o estudo teve como principais características definidoras o relato verbal de dor, fadiga, mudanças no padrão de sono, apreensivo e distúrbios do sono. E como principais características relacionadas as necessidades não satisfeitas, ameaça e mudança no estado de saúde. Isso prova que, a dor gera além da ansiedade, alterações importantes no padrão de vida do paciente que podem ser prejudiciais a adesão ao tratamento, ao controle metabólico, e também, pode levar a piora tanto do quadro psiquiátrico como da doença.

De acordo com este estudo, a dor está relacionada com o aumento do nível de ansiedade, e tem menor influência na depressão. Se faz necessária uma investigação aprofundada sobre os quadros de ansiedade e depressão em portadores de diabetes tipo 2 com dor, já que esta pode ser determinante para o comprometimento psicológico do indivíduo, para determinar se o tratamento da dor alivia os sintomas dos pacientes depressivos, e se o alívio destes sintomas diminui também a dor.

Muitos pacientes iam até o centro de saúde em busca apenas da receita médica, o que indica que os profissionais devem estar capacitados a transmitir ao paciente a importância de outros aspectos relacionados à patologia e suas complicações. Isso deve ocorrer de forma natural e diferenciada para que ele se sinta motivado a buscar outras formas de tratamento da doença.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes.** Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement\\_1/S11.extract](http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11.extract)>. Acesso em: 13 out. 2014.

ANAFOROGLU, I. et al. Depression, anxiety and quality of life of Family caregivers of patients with type 2 diabetes. **Med. Princ. Pract.**, s.v, n.21, p.360-365, 2012.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo da humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com DM. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.2, p.196-201, 2012.

BECKER, T. A. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.6, s.p., 2008.

BOAS, L. C. G. V. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 52-58, 2012.

BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras.Endocrinol.Metab.** [online], v.53, n.6, p.726-732, 2009.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.3, p.263-268, 2009.

CASTRO, M. M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade v.38, s.4., p.126-129, 2011.

CASTRO, M. M. C. et al. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.2, p.211-223, 2006.

CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, E. D. S. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.2, p.215-221, 2012.

CLAVIJO, M. et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco – Acre. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.64, n.3b, p.807-813, 2006.

FERREIRA, S. R. G. **Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade.** Brasil. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <<http://2013.diabetes.org.br/ebooks/index.php?mod=1&cap=1>>. Acesso em: 28 de Setembro 2015.

FORSYTHE, S. J. **Microbiologia da segurança dos alimentos.** 2ed. Artmed, 2010.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.55, n.1, p.8-19, 2006.

GAGLIARDI, A. R. T. Neuropatia diabética periférica. **J. Vasc. Br.**, v.2, n.1, s.p., 2003.

HOLROYD K. A. et al. **Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches.** Headache, 2000.

ISSY, M. A. et al. **Dor:** princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KRUSE, J.; SCHMITZ, N.; THEFELD, W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German National Health Interview and Examination Survey. **Diabetes Care**, v.26, n.6, p.1841-1846, 2003.

MALTA, D. C. et al. Tendência da prevalência do diabetes melito autorreferido em adultos nas capitais brasileiras, 2006 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.23, n.4, p.753-760, 2014.

MOREIRA, R. O. et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.53, n.9, p.1103-1111, 2009.

MULLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Sleep disorders impact on daily functioning and life quality. **Estudos de Psicologia**,v. 24, n.4, p. 519-528, 2007.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2012.

PEREIRA, J. N.; LUCIO, L. M.; SILVA, T. C. Avaliação da assistência prestada ao paciente com diabetes mellitus tipo 2, pela estratégia saúde da família nº06, da cidade do Paranoá. **Rev. APS**, v. 16, n.4, p. 350-356, 2013.

PÉRES, D. S; FRANCO, L.J; SANTOS, M. A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. **Rev. Latino-am. Enferm.**,v.16, n.1, p.101-108., 2008.

PICAVET, H. S; VLAEYEN, J. W; SCHOUTEN J. S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. **Am. J. Epidemiol.**,v.56, n.11, p.1028-34, 2002.

PINHEIRO, R. C. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.63, n.3, p.213-209, 2014.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P.Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2.**Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**,v.65, n.2,p.867-877, 2011.

RODRIGUES, W. H. C. **Papéis de autocuidado para o escolar portador de diabetes mellitus tipo 1: uma abordagem de enfermagem 2006.** 72 p.[relatório de qualificação de dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2006.

SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. **Guia de dor.** 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

SANTOS, C. V. F. **A consulta de enfermagem e os papéis de autocuidado na prevenção do pé diabético**. 2006.117 p.[relatório de qualificação de dissertação de mestrado] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2006.

SANTOS, A. M. **Relação entre o tempo do diagnóstico de diabetes mellitus tipo II e o autocuidado dos pacientes de um município de Minas Gerais**. Itajubá, 2013.

SANTOS-FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS R. B. Papéis de autocuidado – Subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes *mellitus*. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p.125-129, 2008.

SCHESTATSKY, P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Rev. HCPA.**, Porto Alegre, v.28, n.13, s.p., 2008.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H.; RAMOS, H. Contributo para a adaptação da Life Events Survey (LES) à população diabética portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.2, s.n., p.49-60, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2013-2014**. São Paulo: AC. Farmacêutica, 2014.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; PEREIRA, M. C. A. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, s.p., 2009.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.32, n.3, p.149-59, 2005.

## APÊNDICE

### 1 APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecid

#### Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: **“Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor características de neuropática”**.

O nosso objetivo é comparar quais os efeitos das ações educativas no controle da glicose e da dor neuropática de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Regional de Saúde do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários (pelo pesquisador responsável- **Luciano Ramos de Lima** ou pesquisadora participante aluna de graduação **Ynnaê Côrtes da Silva Neri**, da Faculdade de Ceilândia/UNB) antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Neste estudo você responderá questões relacionadas a patologia e aos aspectos psicológicos investigados que serão questionados pela pesquisadora. Um instrumento de

coleta de dados será preenchido com os seus dados, porém, todas as informações serão mantidas em sigilo.

Os riscos relacionados à pesquisa são mínimos. O (a) participante será devidamente informado dos riscos descritos e de qualquer risco não descrito, que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, Não há prejuízos previsíveis decorrentes da pesquisa. O risco será apenas de desconforto pelo tempo necessário em realizar os questionários e realizar a coleta de dados. O benefício para você será de saber orientações educativas para controle de diabetes e dor neuropática, e como esta sua qualidade de vida.

Sua participação será voluntária tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

A sua participação será através de responder um questionário sobre seu estado de saúde. Ocorrerá em data combinada, com um tempo estimado para avaliação da dor, qualidade de vida de: 30 minutos. Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Centro de Saúde número 08 da Ceilândia e na Instituição Universidade de Brasília – UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Esta pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof. Luciano Ramos de Lima, na instituição Universidade de Brasília telefone: 33106600 / 3107-8400 no horário: 8 às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa poder através do telefone: (61) 3325-4955 ou pelo e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Nome/ assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

**2 APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e relacionados a dor.**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Cor da pele: \_\_\_\_ (1. Branco; 2. Negro; 3.Pardo)

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço atual: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_ (1.Casado; 2.Solteiro; 3. Viúvo; 4. Separado; 5. União estável)

Quantas pessoas residem a mesma casa: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_ (1.Nenhuma; 2. Ens. Fundamental completo; 3. Ens fundamental incompleto; 4. Ens. Médio completo; 5. Ens. Médio incompleto; 6. Ens. Superior completo; 7. Ens. Superior incompleto)



Ocupação: \_\_\_\_ (1. Estudante; 2. Trabalhador; 3. Desempregado; 4. Aposentado)  
 Religião: \_\_\_\_ (1. Católica; 2. Evangélica; 3. Espírita; 4. Outras: \_\_\_\_\_)

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Tempo da descoberta do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicação em uso:

Nome: \_\_\_\_\_ Dose/dia: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Dose/dia: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Dose/dia: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Dose/dia: \_\_\_\_\_

História clínica atual:

Antecedentes clínicos:

Diabetes mellitus II

( ) sim

( ) não

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

Dados antropométricos:

Altura (cm) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_  $\text{peso}/(\text{altura})^2$

( )	< 18,5	Baixo Peso
( )	≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
( )	≥ 25 e < 30	Sobrepeso
( )	≥ 30	Obesidade

Fonte: OMS (1995)

Como é feito o controle da diabetes?

Atividade física ( ) sim ( ) parcial ( ) não

Dieta ( ) sim ( ) parcial ( ) não

Medicação oral ( ) sim ( ) parcial ( ) não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Insulina ( ) sim ( ) parcial ( ) não

Outros \_\_\_\_\_

As estratégias para controle da diabetes foram orientadas por quem?

Enfermeiro

Médico

Leigo

Outro.

Qual? \_\_\_\_\_

## Avaliação da dor associada à neuropatia

### Investigação da presença, localização e características da dor

#### Presença de dor:

Perguntar ao usuário:

“Ao longo da vida, muito de nós tem algum tipo de dor, como dor de cabeça, dor muscular ou lombar, dor de dente, dor nos membros, etc. No último ano você sentiu algum tipo de dor ou desconforto nas pernas (pés/panturrilhas)?”

- Se sim, continuar a avaliação
- Se não, ir para a parte 5 e 6 (ansiedade/depressão, qualidade vida e perfil clínico)

#### Localização e características da dor:

Na figura abaixo, marque com o(s) símbolo(s) onde o usuário referir sentir dor/desconforto conforme o descritor:

X: queimação

=: dormência

+: formigamento

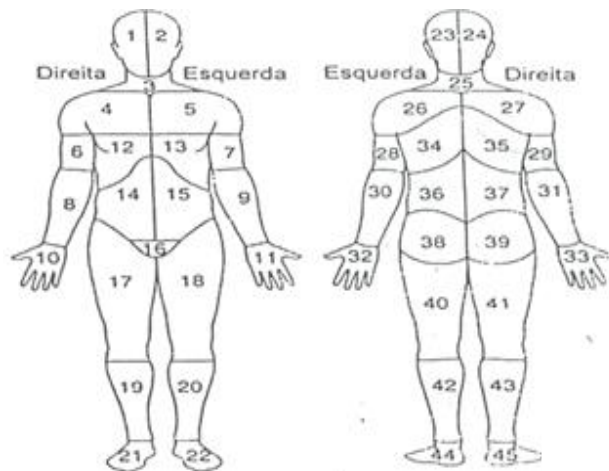
///: fadiga

---: câimbras

\*\* : prurido

00: alfinetada e/ou agulhada

%: outro. Qual? \_\_\_\_\_



Em caso de mais de um local de dor:

Perguntar ao usuário:

“Qual o local da principal dor, ou seja, aquela que mais inc

Principal dor:

Perguntar ao usuário:

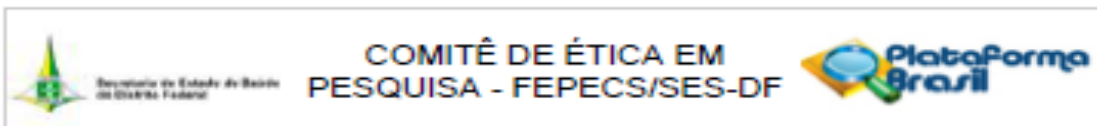
“Considerando a dor que mais incomoda, responda:”

“Sendo zero a ausência de dor e 10 a pior dor que você já sentiu, qual o número que melhor descreve sua dor na **MÉDIA?**”

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**ANEXOS**

**1 ANEXO A – Parecer CEP**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor crônica neuropática

**Pesquisador:** Luciano Ramos de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32122814.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 710.779

**Data da Relatoria:** 16/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo comparativo dos efeitos das ações educativas no controle glicêmico e da dor neuropática em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 com mais de 10 anos de diagnóstico de uma Regional de Saúde do Distrito Federal, se pretende avaliar o efeito das ações educativas. Os sujeitos serão divididos quantitativamente igual em três grupos: o primeiro grupo (medidas de intervenção educativas em grupos), segundo (intervenção educativas individual) e terceiro grupo não receberá medidas educativas.

#### Objetivo da Pesquisa:

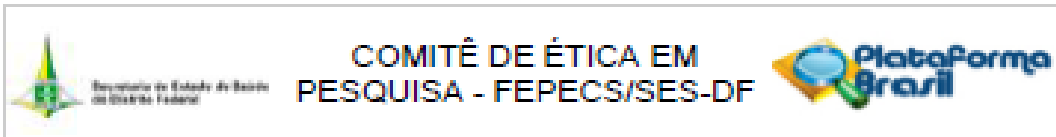
##### Objetivo Primário:

Comparar os efeitos das ações educativas no controle glicêmico e da dor com características de neuropatia em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Regional de Saúde do Distrito Federal.

##### Objetivo Secundário:

Realizar ações educativas em três grupos distintos: individual, em grupo e sem intervenção (grupo controle). Realizar avaliação clínica nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 antes, durante e após as ações educativas. Comparar qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF**

Continuação do Parecer: 710.779

Medidas tipo 2 antes e após as ações educativas. Avaliar a intensidade e qualidade da dor antes e após as ações educativas, além de se fazer o controle de glicemia. Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados a dor com características neuropáticas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios superam os riscos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo não pode ser duplo cego pois o sujeito de pesquisa pode identificar a qual dos três grupos pertence. Pois saberá se tem a intervenção educativa e se ela é individual ou em grupo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TGLE, folha de rosto, currículo do pesquisador apresentado, termo de consentimento apresentado.

**Recomendações:**

Retirar o termo de que o estudo é duplo cego, considerando as recomendações acima

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 07 de Julho de 2014

Assinado por:  
Iuliz fernando galvão salinas  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedetica.secretaria@gmail.com

<p><b>Ansiedade (00146)</b> (1973, 1982, 1998)</p> <p><i>Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse</i> <i>Classe 2: Respostas de enfrentamento</i></p> <p><b>Definição</b> Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p> <p><b>Características definidoras</b></p> <p><b>Afetivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Afobado</li> <li>■ Apreensivo</li> <li>■ Angustiado</li> <li>■ Desamparo doloroso e aumentado</li> <li>■ Desamparo persistente aumentado</li> <li>■ Desesperado</li> <li>■ Excessivamente excitado</li> <li>■ Foco em si mesmo</li> <li>■ Incerteza</li> <li>■ Irritabilidade</li> <li>■ Medo</li> <li>■ Nervoso</li> <li>■ Pesaroso</li> <li>■ Preocupado</li> <li>■ Sentimento de inadequação</li> </ul> <p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atenção prejudicada</li> <li>■ Bloqueio de pensamento</li> <li>■ Campo de percepção diminuído</li> <li>■ Capacidade diminuída de solucionar problemas</li> <li>■ Capacidade diminuída para aprender</li> <li>■ Confusão</li> <li>■ Consciência dos sintomas fisiológicos</li> <li>■ Dificuldade para concentrar-se</li> <li>■ Esquecimento</li> <li>■ Medo de consequências inespecíficas</li> <li>■ Preocupação</li> <li>■ Ruminação</li> <li>■ Tendência a culpar outros</li> </ul> <p><b>Comportamentais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inquietação</li> <li>■ Insônia</li> <li>■ Movimentos pouco comuns</li> <li>■ Nervosismo</li> <li>■ Observação atenta</li> <li>■ Olhar entornado</li> <li>■ Pouco contato visual</li> </ul> <p><b>404</b> Domínio 9: Enfrentamento/ tolerância ao estresse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Relato de preocupações devido a mudança em eventos da vida</li> <li>■ Produtividade diminuída</li> <li>■ Vigilância</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aumento da tensão</li> <li>■ Tensão facial</li> <li>■ Transpiração aumentada</li> <li>■ Tremores</li> <li>■ Tremulo</li> <li>■ Tremores nas mãos</li> <li>■ Voz trêmula</li> </ul> <p><b>Parassimpáticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desmaio</li> <li>■ Diarreia</li> <li>■ Distúrbio do sono</li> <li>■ Dor abdominal</li> <li>■ Fadiga</li> <li>■ Formigamento das extremidades</li> <li>■ Frequência urinária</li> <li>■ Hesitação urinária</li> <li>■ Náusea</li> <li>■ Pressão sanguínea diminuída</li> <li>■ Pulso diminuído</li> <li>■ Urgência urinária</li> </ul> <p><b>Simpáticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anorexia</li> <li>■ Aumento da pressão sanguínea</li> <li>■ Boca seca</li> <li>■ Contração muscular</li> <li>■ Diarreia</li> <li>■ Dificuldades respiratórias</li> <li>■ Dilatação pupilar</li> <li>■ Excitação cardiovascular</li> <li>■ Fraqueza</li> <li>■ Palpitação</li> <li>■ Pulso aumentado</li> <li>■ Reflexos aumentados</li> <li>■ Respiração aumentada</li> <li>■ Rubor facial</li> <li>■ Vasoconstrição superficial</li> </ul> <p><b>Fatores relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abuso de substância</li> <li>■ Ameaça de morte</li> <li>■ Ameaça: <ul style="list-style-type: none"> <li>- à função do papel</li> <li>- à situação econômica</li> <li>- ao ambiente</li> <li>- ao autoconceito</li> <li>- ao estado de saúde</li> <li>- ao status do papel</li> <li>- aos padrões de interação</li> </ul> </li> <li>■ Associação familiar</li> <li>■ Conflito inconsciente quanto a metas de vida</li> <li>■ Conflito inconsciente quanto a valores essenciais</li> <li>■ Contágio interpessoal</li> <li>■ Crises maturacionais</li> <li>■ Crises situacionais</li> <li>■ Estresse</li> <li>■ Exposição a toxinas</li> <li>■ Hereditariedade</li> <li>■ Mudança: <ul style="list-style-type: none"> <li>- na função do papel</li> <li>- na situação econômica</li> <li>- no ambiente</li> <li>- no estado de saúde</li> <li>- no status do papel</li> <li>- nos padrões de interação</li> </ul> </li> <li>■ Necessidades não satisfeitas</li> <li>■ Transmissão interpessoal</li> </ul> <p>Classe 2: Respostas de enfrentamento <b>405</b></p>
---	--

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. 2012-2014<sup>10ª</sup> ed. Artmed, 2012.

## 2 ANEXO B – Instrumento de coleta de dados

### Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942007000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)

- **A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:**
- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca
- **D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**
- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- **A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**
- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso
- **D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**
- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais
- **A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**
- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente
- **D 6) Eu me sinto alegre:**
- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo
- **A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**
- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca
- **D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**
- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca
- **A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**
- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre
- **D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**
- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- **A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**
- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim
- **D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**
- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca
- **A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**
- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso
- **D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**
- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão. **Rev. Bras. Anestiol.**,s.v, s.n, s.p., 2007.

Ponte  
(Zigm  
Snaith  
• Ans  
sem a  
Com  
• Dep  
em d  
Com

Marcolin  
Rev Bras