



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JORGIANA CAVALCANTI DOS SANTOS

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA

FORTALEZA

2018

JORGIANA CAVALCANTI DOS SANTOS

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nirla Gomes Guedes

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S235a Santos, Jorgiana Cavalcanti.
Ansiedade e Depressão em indivíduos com Doença Celíaca / Jorgiana Cavalcanti Santos. – 2018.
64 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Nirla Gomes Guedes.
1. Doença celíaca. 2. Depressão. 3. Ansiedade. I. Título.
- CDD 610.73
-

JORGIANA CAVALCANTI DOS SANTOS

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovada em: 29/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Nirla Gomes Guedes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Ma. Cristina Costa Bessa
Centro Universitário Estácio do Ceará

Enf. Me Leonardo Alexandrino da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me guiado até a enfermagem e por ter sido sustento no decorrer destes anos.

À minha amada mãe, por me auxiliar e me orientar, sempre me conduzindo ao caminho correto, a lutar pelos meus ideais e a prosseguir com firmeza independente das circunstâncias. Sem o seu apoio eu jamais teria conseguido. Te amo incondicionalmente!

Ao meu querido pai, por investir e acreditar em mim, por ter sido amparo diário, por ter me passado força e coragem para seguir. O seu amor tem me sustentado!

Às minhas irmãs, Juliana e Jordana, pela presença fiel em todos os momentos, me fortalecendo e incentivando sempre. Meu amor por vocês supera qualquer distância!

Ao meu esposo, Fabrício, pelo apoio desde a matrícula até a conclusão deste trabalho. Pelo companheirismo, por sempre acreditar no meu potencial e ser meu amparo nas dificuldades.

Aos meus tios, tias, primos, primas, em especial Nilo Macena, Larissa Cavalcanti e Camila Abreu e aos meus avós pela incrível torcida e apoio fiel nesta jornada.

Aos meus amigos, pela luz que são na minha vida. Às minhas amigas de colégio, Gabriela, Raianny e Priscila por incentivarem meus sonhos, pelo amparo, por me passarem esperança e por serem amigas além dessa vida. Às minhas amigas de graduação, Patrícia, Caroline e Ana Cláudia, pela capacidade de serem refúgio, por me trazerem paz e alegrias diárias e por todo apoio na construção deste trabalho e Naiana Pacífico, por ter me dado forças em muitos momentos para seguir, por sempre me estimular aos estudos e a ser alguém melhor.

Às minhas mães de coração, Ivoneide, Mazé e Gerlene e a minha amada sogra, Lidia Maria, a minha eterna gratidão pelo apoio constante, pelo cuidado e por todas as palavras de incentivo.

À minha amiga e presente de Deus neste tempo, Cristina Bessa, por todo apoio durante esse percurso, por permitir que fizesse parte da sua vida e me acolher como amiga e à sua família, que também me acolheu de forma singular, tenho um carinho imenso por todos. Vocês têm cheiro de Deus!

À minha orientadora, professora Nirla Guedes, por acreditar em mim e contribuir de forma especial neste processo.

Ao Leonardo Alexandrino, pelas suas valiosas contribuições para conclusão deste

trabalho.

Aos professores do departamento de enfermagem por todo aprendizado adquirido no decorrer destes anos, em especial às professoras Viviane Martins, Marília Braga, Geórgia Félix, Janaína Fonseca e Luciane Alves pelo exemplo de humanidade.

Ao Professor Marcos Vinícius, por suas contribuições na análise estatística deste trabalho.

Aos preceptores do internato I e II, por compartilharem suas experiências, pelo acolhimento ímpar e pelo conhecimento somado. Vocês foram essenciais!

Aos participantes da pesquisa, a contribuição de vocês foi essencial.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível”. (São Francisco de Assis)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a presença de quadros depressivos e ansiosos entre indivíduos celíacos. Estudo transversal, do tipo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com celíacos, durante os meses de maio a setembro de 2017 através de entrevista baseada em um instrumento de coleta de dados, que considerou as variáveis sociodemográficas e clínicas. Foram incluídos participantes que possuíam diagnóstico concluído de Doença Celíaca (DC), tinham idade igual ou superior a 18 anos e residiam no estado do Ceará. O critério de exclusão foi ser celíaco e possuir alguma limitação cognitiva que o impedisse responder o instrumento fidedignamente. A análise estatística dos dados ocorreu no SPSS, versão 22.0. A análise das variáveis sociodemográfica e clínicas foi realizada por meio do cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para avaliar a associação entre as variáveis clínicas foi aplicado o Teste de qui-quadrado, para frequências maiores de cinco, caso contrário aplicou-se o Teste da probabilidade exata de Fisher. A Razão de prevalência foi mensurada pelo cálculo da razão de prevalência. Para a diferença de médias foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov, para verificação de normalidade e o Teste de Levene para verificação de homocedasticidade. Baseado nos resultados aplicou-se o teste T ou de Mann-Whitney para verificação de diferença de média/mediana. O Teste de Spearman foi utilizado para avaliação da correlação entre as médias dos postos e os escores das escalas de depressão e ansiedade. As recomendações da resolução nº 466/2012 foram cumpridas. Foram entrevistados 83 celíacos predominantemente brancos, do sexo feminino, residentes de Fortaleza, com 33 anos, em média, referiram não possuir companheiro, apresentando 18 anos de escolaridade, possuir ocupação remunerada e renda de até R\$ 2.333,33 e participam de associações de apoio. A ansiedade e depressão estiveram presentes em 62,7% e 34,9% da população, respectivamente. As variáveis que apresentaram maior prevalência foram Descontrole da DC com 95,2% e Condição clínica percebida com 71,1%. Destaca-se ainda que a maioria dos celíacos apresentou Atividades cotidianas com 56,6% e Obstáculos diários para DLG com 55,4%. Indivíduos que apresentaram Condição clínica percebida possuem 3,7 e 10,7 vezes a mais de chances de apresentar maiores escores nas escalas de ansiedade e depressão, respectivamente. A Quantidade de sintomas por indivíduo está diretamente relacionada a maiores escores na escala de depressão e ansiedade. Ao relacionar a presença da Ansiedade com outras variáveis percebeu-se a predominância em três, Descontrole da DC com 98,1%, Condição clínica percebida com 75,0%, Obstáculos diários para DLG com 63,4% e Atividades cotidianas com 55,8%. Identificou-se ainda que, na presença da variável Depressão, houve prevalência em Descontrole da DC com 100,0%, Condição clínica percebida com 82,8% e Obstáculos diários para DLG com 69,0%. Desta forma, percebe-se uma relação entre a presença das variáveis dos fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares e o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Dentro do contexto de cronicidade é necessária maior apropriação do profissional de enfermagem no cuidado permanente e na implicação da DC na qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: Doença celíaca. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the presence of depression and anxiety among celiac patients. It was a cross-sectional and exploratory study with a quantitative approach, performed with celiac patients between May to September 2017 through an interview. Data collection was based on an instrument, which had items related to sociodemographic and clinical variables. Participants diagnosed with CD, 18 years of age or older and living in the state of Ceará, Brazil, were included in this research. The exclusion criterion was being a celiac patient with some cognitive limitation that hinders data collection. Statistical analysis was performed in SPSS, version 22.0. Sociodemographic and clinical variables were analyzed by averages of absolute frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion. To evaluate the association between the clinical variables, Chi-square test was applied for frequencies greater than five; otherwise, Fisher's exact probability test was used. Prevalence Ratio was measured by the calculation of prevalence. Regarding the difference between averages, Kolmogorov-Smirnov tests were used to verify normality and the Levene test to verify homoscedasticity. Based on the results, the T or Mann-Whitney test was performed to verify the average/median difference. Spearman's test was used to evaluate the correlation between the average of the stations and the depression and anxiety scales. The recommendations from the Brazilian resolution number 466/2012 were followed. A total of 83 celiac participants were interviewed and were predominantly white, female, living in Fortaleza, aged 33 years old, reported having no partner; had 18 years of formal education, paid employment and income of up to R\$ 2.333,33, and been a member of support associations. Anxiety and depression were present in 62.7% and 34.9% of the sample, respectively. The variables that showed the highest prevalence were Ineffective management of the celiac disease with 95.2% and Perceived seriousness of condition with 71.1%. Moreover, most of the celiac patients presented Daily activities with 56.6% and Daily obstacles for gluten-free diet with 55.4%. Participants with Perceived seriousness of condition were 3.7 and 10.7 times more likely to present higher scores on the anxiety and depression scales, respectively. The number of symptoms per participant is directly related to higher scores on the depression and anxiety scale. When the correlation of the presence of Anxiety with other variables was measured, it was observed the predominance of three: Ineffective management of the celiac disease with 98.1%, Perceived seriousness of condition with 75.0%, Daily obstacles to gluten-free diet with 63.4% and Daily activities with 55.8%. It was also identified that in the presence of the variable Depression there was prevalence in Ineffective management of the celiac disease with 100.0%, Perceived seriousness of condition with 82.8% and Daily Obstacles to gluten-free diet with 69.0%. Therefore, a relationship between the presence of the variables of psycho-affective, daily and family factors and the development of anxiety and depression could be perceived. In the context of chronic health conditions, it is necessary to increase the attention of nurses regarding permanent care and in the implication of the celiac disease in the quality of life of celiac patients.

Keywords: Celiac disease. Depression. Anxiety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	— Caracterização dos celíacos, de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos. Ceará, 2018.....	26
Tabela 2	— Distribuição da presença dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.....	27
Tabela 3	— Distribuição das médias dos postos nos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos, em função do total de escores da escala de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.....	29
Tabela 4	— Distribuição dos pacientes celíacos, segundo os fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares e a ocorrência de ansiedade. Ceará, 2018.....	30
Tabela 5	— Distribuição dos pacientes celíacos, segundo os fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares e a ocorrência de depressão. Ceará, 2018.....	31
Tabela 6	— Distribuição da presença das condições clínicas percebidas nos pacientes celíacos e suas respectivas médias dos postos, em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.....	32
Tabela 7	— Distribuição dos pacientes celíacos, segundo as condições clínicas percebidas e a ocorrência de ansiedade. Ceará, 2018.....	33
Tabela 8	— Distribuição dos pacientes celíacos, segundo as condições clínicas percebidas e a ocorrência de depressão. Ceará, 2018.....	34
Tabela 9	— Distribuição da presença do apoio social insuficiente nos pacientes celíacos e suas respectivas médias dos postos, em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.....	34
Tabela 10	— Distribuição dos pacientes celíacos, segundo a participação em grupos de apoio e a ocorrência de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.....	35
Tabela 11	— Frequência dos sinais e/ou sintomas de descontrole da DC entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018	36

Tabela 12 — Correlação das variáveis de quantidade de sintomas por indivíduo, ansiedade e depressão entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.....	36
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACELBRA-CE	Associação dos Celíacos do Brasil - Ceará
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
DC	Doença Celíaca
DLG	Dieta Livre de Glúten
DP	Desvio Padrão
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE SÍMBOLOS

®	Marca Registrada
%	Percentual
R\$	Real

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	Desenho do estudo	19
3.2	Local do estudo	19
3.3	População e amostra	19
3.4	Procedimento de coleta de dados	20
3.5	Instrumentos de coleta de dados	21
3.6	Organização e análise dos dados	24
3.7	Aspectos éticos	24
4	RESULTADOS	26
5	DISCUSSÃO	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA	49
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CELÍACOS DA ACELBRA	59
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CELÍACOS EM GERAL	61
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	63
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	64

1 INTRODUÇÃO

A Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia autoimune crônica desencadeada pela constante ingestão do glúten, uma substância formada por duas proteínas, a glutenina e a prolamina (ARAÚJO *et al.*, 2010). O glúten causa uma sensibilização do sistema imune contra os peptídeos, manifestando a DC em indivíduos predispostos geneticamente com fatores ambientais e imunológicos associados. A DC se expressa por meio de sintomas específicos do trato gastroentérico, assim como sinais e sintomas inespecíficos. No entanto, pode apresentar-se também de forma assintomática (ARAÚJO *et al.*, 2010; ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016).

A DC se manifesta tipicamente no período de 6 a 24 anos de idade, momento no qual acontece a inclusão dos cereais com glúten na dieta, tais como: trigo, centeio, cevada e aveia. Quantidades mínimas de glúten podem desencadear um significativo processo inflamatório intestinal, danificando, desta forma, sua mucosa, tornando as vilosidades achatadas. Esta atrofia diminui a área de superfície, proporcionando uma alteração no processo de absorção gastrointestinal (LOBÃO *et al.*, 2011).

Atualmente, a DC é a restrição alimentar que mais cresce no mundo, visto que nos últimos anos, seus índices têm aumentado exponencialmente. Compara-se a incidência da DC com um *iceberg*, no qual é possível avaliar um quantitativo pequeno de indivíduos diagnosticados diante da quantidade real de pacientes acometidos devido às falhas no rastreamento da população (BAI *et al.*, 2013).

A DC é considerada um problema de saúde pública devido à alta prevalência mundial, afetando 1% da população. Apesar das variações, apresenta-se com elevados índices na Europa, América, norte africano, sudeste asiático e Austrália. Destaca-se também a elevada morbidade (PRATESI; GANDOLFI, 2005; NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007). Em âmbito nacional, a DC tem demonstrado prevalência de 0,34%, justificando a importância de estudos brasileiros (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Nos últimos anos, acredita-se que a DC é mais comum do que se pensava no Brasil (ARAÚJO *et al.*, 2010).

O tratamento da DC está baseado na dieta, por meio da exclusão permanente do glúten. Para assegurar esta isenção é necessário que o celíaco saiba identificar os ingredientes presentes nos rótulos sempre que for comprar e utilizar produtos diversos. Ademais, pacientes referem que a restrição da comercialização torna a dieta enfadonha, e os poucos disponíveis possuem preços elevados, configurando-se como um obstáculo para adesão à dieta (ARAÚJO

et al., 2010; FASANO; CATASSI, 2001).

São conhecidas quatro formas de apresentação clínica da doença: clássica, não-clássica, latente e assintomática (ARAÚJO *et al.*, 2010; NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007). A clássica se caracteriza por sintomas gastroentéricos, tais como: diarreia ou constipação e vômitos. A forma não-clássica caracteriza-se pela ausência de sintomas digestivos ou por manifestações isoladas, tais como: neuropatia periférica, miopatia, osteoporose, irregularidades no ciclo menstrual, esterilidade, manifestações psiquiátricas, dentre outras (BRASIL, 2015). No que se refere a forma latente e assintomática, os indivíduos não apresentam sintomas, porém, pode haver atrofia subtotal das vilosidades intestinais (ARAÚJO *et al.*, 2010). Independente da apresentação clínica, a DC pode ser associada à comorbidades e/ou complicações, tais como: obstrução intestinal, síndrome do intestino irritável, dentre outras, sendo, mais frequente, a intolerância à lactose (CASSOL *et al.*, 2007). A longo prazo, quando não tratada, a DC pode ter manifestações graves como osteoporose e neoplasias (PRATESI; GANDOLFI, 2005).

Dentre os transtornos neuropsiquiátricos associados a DC, destacam-se a ansiedade e a depressão, que podem encontrar-se como comorbidades associadas à patologia ou como sintomas decorrentes das alterações fisiológicas presentes. As alterações psiquiátricas tendem a aparecer juntamente ao diagnóstico de DC, podendo influenciar fortemente na adesão da dieta livre de glúten (DLG) (ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016). Desta forma, a ansiedade e a depressão podem ser consideradas sintomas frequentes da DC, sendo identificada em 41% dos celíacos, uma ou ambas alterações psiquiátricas (CANNINGS-JOHN *et al.*, 2007), necessitando de atenção dos profissionais de saúde que assistem esses pacientes (SMITH *et al.*, 2017).

Sabe-se que a DC causa alterações na absorção de nutrientes, podendo afetar direta ou indiretamente o desenvolvimento de um quadro depressivo. Sintomas como alopecia e perda de peso podem favorecer este quadro, porém, nutrientes que estão presentes em nossos alimentos, como o triptofano, um aminoácido responsável por auxiliar o processo de síntese da serotonina, pode interferir diretamente no bem-estar do paciente, uma vez que a absorção de aminoácidos na DC pode ser potencialmente afetada (FRENHANI; BURINI, 1999).

A fisiopatologia da depressão e ansiedade na DC é um fator importante no processo, no entanto, os impactos psicossociais causados pós-diagnósticos podem, também, ser um importante fator desencadeador destes sintomas. Os impactos ocorridos no pós-

diagnóstico podem ser classificados em três: psicoafetivos, familiares e cotidianas (ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016).

A implicação de fatores psicoafetivos ocorre em resposta ao diagnóstico. Os pacientes podem desenvolver transtornos leves, como ansiedade e depressão, até graus de perturbação mais graves devido ao desconhecimento da patologia. A criação de uma outra identidade a partir do novo momento em que sua vida se encontra, a adequação de seus papéis sociais causa, para o celíaco, a sensação de perda, o que pode desencadear uma forte sensação de angústia frente à esta nova realidade (ROCHA; GALDONFI; SANTOS, 2016).

Os fatores familiares se destacam pela importante ligação entre seus membros, uma vez que há uma unidade emocional que os conecta, fazendo com o que o desenvolvimento de doenças crônicas em um indivíduo comprometa todo o núcleo. A instabilidade desencadeada pela restrição alimentar e os cuidados permanentes podem gerar momentos conflituosos, fazendo com que o celíaco desenvolva um sentimento de culpa, o que poderá contribuir para um quadro depressivo (ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016).

O cotidiano, assim como os fatores psicoafetivos e fatores familiares, passa por um processo adaptativo, no qual o indivíduo modificará seus hábitos alimentares e sociais. As relações pessoais são permeadas pelo consumo de alimentos, através de reuniões, aniversários e datas comemorativas, aos quais, geralmente, não possuem alimentos isentos de glúten ou oferecem riscos de contaminação. Portanto, para o celíaco, muitas vezes é desencadeado como resposta o estresse, além de sentimento de tristeza e angústia pelo comprometimento de sua imagem social (ROCHA; GANDOLFI; SANTOS, 2016).

Ademais, a presença de transtornos psiquiátricos pode agravar as condições clínicas do paciente celíaco, podendo, inclusive, aumentar os índices de mortalidade, quando associados a maior idade. Essas condições aumentam as chances dos pacientes não aderirem às recomendações médicas (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000), potencializam a percepção dos sintomas e aumentam os dias de incapacitação dos indivíduos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Assim, a associação de ansiedade e depressão pode comprometer de forma negativa o prognóstico do paciente e, conseqüentemente, proporcionar prejuízos na qualidade de vida do celíaco (CASTILLO *et al.*, 2000; TENG; HUMER; DEMETRIO, 2005; LOUREIRO *et al.*, 2012).

Em face ao exposto, como profissionais de enfermagem, é imprescindível a compreensão de que limitações, a nível psicossocial, decorrentes de doenças crônicas podem resultar no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos que, por sua vez, favoreceriam a

piora do quadro clínico. Logo, o cuidado individual, por meio da percepção da multidimensionalidade de cada indivíduo, contribuirá para melhoria da qualidade de vida e prognóstico do paciente celíaco (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Diante do exposto, percebe-se que a DC está associada a comportamentos depressivos e ansiosos, em resposta à fisiopatologia da doença e ao comprometimento psicossocial. Esses comportamentos podem influenciar, negativamente, a adesão à DLG, levando o celíaco a complicações mais graves que, por sua vez, potencializam os sinais e sintomas depressivos e/ou ansiosos. Esse ciclo afeta diretamente a qualidade de vida e o prognóstico do paciente celíaco.

Levando em consideração a presença frequente de manifestações psiquiátricas encontradas em celíacos, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a prevalência de quadros ansiosos e depressivos em indivíduos celíacos? Quais fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos estão presentes na vida dos indivíduos celíacos? Existe associação desses fatores com o desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos em indivíduos celíacos?

Espera-se que por meio da identificação de fatores que influenciam o desenvolvimento ou agravamento de quadros depressivos e ansiosos nos celíacos o profissional enfermeiro possa planejar e implementar ações de promoção da saúde e empoderamento dos celíacos no processo de autocuidado. Ademais, o fato desses fatores poderem desencadear agravamento da doença de base, bem como o desenvolvimento de outras complicações, malignas e não malignas associadas, ratifica a relevância do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Investigar a presença de quadros depressivos e ansiosos entre indivíduos celíacos.

2.2 Específicos

- Descrever os fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos que estão presentes na vida dos indivíduos celíacos;

- Identificar a prevalência da depressão e ansiedade, segundo Inventário Beck de Depressão e Ansiedade, em indivíduos celíacos;

- Verificar a associação dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos com a manifestação de depressão e ansiedade em indivíduos celíacos.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal, do tipo exploratório, com abordagem quantitativa, oriundo da pesquisa: “Validação clínica dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Controle Ineficaz da Saúde em indivíduos com Doença Celíaca” (BESSA, 2017).

O estudo transversal, também conhecido como estudo de prevalência, descreve o que ocorre em um determinado grupo num momento específico em um ponto temporal, não avaliando causa e efeito. O tipo exploratório investiga a natureza do evento, a forma como se manifestam e a influência de outros fatores. A abordagem quantitativa coleta dados expressos por números para que, desta forma, seja possível analisá-los por testes estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa transversal é comumente utilizada na área da saúde e será utilizada para estimar a prevalência de quadros ansiosos e depressivos em pacientes com DC, bem como a associação desta com fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos.

3.2 Local de estudo

O local de estudo, inicialmente escolhido, foi a Associação de Celíacos do Brasil – Ceará (ACELBRA-CE), fundada em 1982, por pais de celíacos que decidiram se reunir para trocar informações acerca da DC. A seção Ceará, fundada em 2006, caracteriza-se como uma sociedade civil sem fins lucrativos, com os seguintes objetivos: esclarecer o celíaco quanto a DC e a DLG; divulgar a DC; manter contato com associações participando de congressos e seminários; obter, junto aos órgãos governamentais, a pesquisa e análise de produtos industrializados; exigir o cumprimento da Lei nº. 10.674/2003, que dispõe sobre a rotulagem e bulas de todos os produtos industrializados com inscrições de “contém glúten” e “não contém glúten”, e estimular as indústrias a fabricarem produtos isentos de glúten (ACELBRA, 2013; BRASIL, 2003).

Ressalta-se ainda que a ACELBRA-CE não possui local fixo de funcionamento e não realiza nenhum tipo de atendimento, no entanto, são desenvolvidas reuniões, palestras e encontros com os celíacos, a partir de um calendário anualmente previsto.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por 83 celíacos cadastrados ou não na ACELBRA-CE. Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: possuir diagnóstico concluído de DC; ter idade igual ou superior a 18 anos; residir no estado do Ceará. O único critério de exclusão foi: celíacos com alguma limitação cognitiva que impedisse responder o instrumento de forma autêntica.

A captação dos celíacos ocorreu inicialmente através da comunicação com a presidente da ACELBRA-CE, solicitando autorização (APÊNDICE A) para realização da pesquisa com os associados. Após a autorização (ANEXO A) os participantes foram selecionados através das redes e mídias digitais da ACELBRA-CE, como: Facebook[®], Instagram[®] e WhatsApp[®]. A divulgação da pesquisa também ocorreu através de grupos no Facebook[®].

Após contato prévio com celíacos, foi construído uma agenda com nome e telefone, sendo estabelecido data, horário o local, conforme disponibilidade do participante e pesquisador para que fosse aplicado o instrumento de coleta de dados. O local de aplicação do instrumento variou de acordo com a preferência do participante, ocorrendo desde o domicílio até mesmo locais públicos em ambientes reservados, desde que a privacidade fosse garantida.

3.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de preenchimento do instrumento de coleta durante entrevista (APÊNDICE B) pela autora do estudo, dois discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e uma enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

Ressalta-se que antes do início da coleta de dados foi realizado curso de oito horas para treinamento, com intuito de esclarecimento quanto à DC celíaca e sobre o instrumento de coleta de dados. Foi realizado pré-teste, com 12 indivíduos, no intuito de avaliar a adequação do instrumento de coleta. Desta forma, houve pequenas alterações no instrumento de modo que foi possível a permanência dos indivíduos desse pré-teste. Ressalta-se que as informações acrescentadas foram adquiridas por meio de contato com os participantes.

As alterações realizadas no instrumento após o pré-teste foram:

- acréscimo dos itens “naturalidade”, “nacionalidade”, “e-mail”, “formação profissional”;
- no item “cor/raça/etnia” foi acrescentado a resposta “outra” e alterado a denominação “preta” para “negra”;
- no item referente à ocupação foi acrescentado “autônomo” nas opções de resposta e alterado a escolha “empregado” para “empregado de empresa pública” e/ou “empregado de empresa privada”;
- alterou-se a pergunta relacionado a ser membro da ACELBRA para “Participa de alguma associação, organização ou grupo de apoio para paciente com restrição alimentar?” e, se a resposta fosse positiva, o participante indicava o nome da associação de apoio;
- os termos “ansiedade” e “estomatite aftosa” foram incluídos como opções para mensuração dos sinais e/ou sintomas dos pacientes que, mesmo seguindo uma dieta sem glúten, apresentavam tais manifestações clínicas nos últimos 30 dias.

3.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado (APÊNDICE B) foi adaptado de Bessa (2017), respeitando a seguinte ordem: (1) Dados sociodemográficos, tais como nome, idade, data de nascimento, raça, endereço, contato, religião e ocupação, além de conter perguntas que resgatassem antecedentes de transtornos psiquiátricos pessoais e familiares e a presença de apoio social, através de grupos de restrições alimentares; (2) tópico de variáveis clínicas subdividido em fatores psicoafetivos, familiares e de cotidiano; (3) Inventário Beck de Depressão e Ansiedade.

As variáveis utilizadas na elaboração dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianas foram as seguintes: (1) Desconhecimento da patologia, condição clínica percebida e apoio social insuficiente; (2) Cuidado compartilhado e apoio familiar; (3) Descontrole da DC, atividades cotidianas, e obstáculos diários para DLG, respectivamente.

Para avaliar os fatores psicoafetivos, inicialmente se utilizou o item “desconhecimento da patologia” avaliado através de 11 questões dicotômicas que investigam o conhecimento em relação a DC e sua terapêutica. As afirmativas foram adaptadas a partir do “Questionário a respeito da obediência à dieta e do conhecimento da DC” de Sdepanian, Moraes e Fagundes-Neto (2001a), com opções de respostas dicotômicas “Verdadeiro” ou

“Falso”, sendo a pontuação conferida da seguinte forma: 90-100% de acertos (Excelente); 70-89% (Bom); 50-69% (Regular); Abaixo de 50% (Insuficiente). O desconhecimento da patologia foi considerado presente quando o percentual de acerto mensurado foi abaixo de 50%.

Ainda no contexto dos fatores psicoafetivos, investigou-se a “condição clínica percebida” por meio de três afirmativas com opções de resposta e suas pontuações em uma escala do tipo Likert de quatro pontos (1 a 4): (1) Discordo muito, (2) Discordo, (3) Concordo e (4) Concordo muito. A condição clínica percebida esteve presente como um fator psicoafetivo quando foi selecionado (3) ou (4) em, no mínimo, duas afirmativas.

Como último item a ser avaliado dos fatores psicoafetivos, utilizou-se a Escala de Apoio Social organizada para o Medical Outcomes Study (MOS), adaptada para o português por Griep *et al.* (2005). A escalava validada possui 19 itens, divididos em cinco dimensões de apoio social, a saber: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação. No entanto, para esse estudo foram utilizadas somente três dimensões da escala, a saber: afetiva, interação social positiva e emocional. Manteve-se as opções de respostas da escala do tipo Likert com pontuação de cinco pontos (1-Nunca, 2-raramente, 3-Às vezes, 4-Quase sempre, 5-Sempre), na qual avaliou-se a frequência de momentos de suporte emocional que o paciente poderia contar quando precisasse. O apoio social foi considerado insuficiente quando a média das respostas ≤ 3 .

No tocante aos fatores familiares, utilizou-se como primeiro item de avaliação o “Cuidado compartilhado insatisfatório”, que foi avaliado através do Instrumento Revisado de Cuidado Compartilhado (SCI-R), versão do paciente, validado por Sebern (2008), na qual investigou-se a relação entre o paciente e seu cuidador, possuindo opções de respostas do tipo Likert com pontuação de seis pontos (5-Discordo completamente, 4- Discordo parcialmente, 3-Discordo levemente, 2-Concordo completamente, 1- Concordo parcialmente, 0- Concordo levemente). A pontuação desta escala foi mensurada a partir da média das questões. O fator foi julgado presente quando a média das respostas foi < 3 .

Ademais, para avaliação do segundo item dos fatores familiares, sob o título “apoio familiar” foi utilizada a seguinte questão dicotômica: *Existe falta de entendimento em sua família que dificulta a realização do tratamento da DC ou do controle da saúde como celíaco?* Quando afirmativo o paciente era solicitado a informar o tipo de conflito familiar existente. O apoio familiar estaria ausente se o indivíduo respondesse “Sim” à questão.

Para avaliar os fatores do cotidiano utilizou-se, inicialmente, no item “descontrole da DC” uma pergunta dicotômica, que investigava a presença de sintomas de descontrole da DC nos últimos 30 dias, que foram mensurados através escalas do tipo Likert de cinco pontos (1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre) para estimar a frequência de sintomas específicos e inespecíficos, identificando se houve ou não uma contaminação que pudesse representar um risco para o desenvolvimento de quadros ansiosos e/ou depressivos. Para confirmar a o descontrole da DC como um fator cotidiano foi necessário encontrar a presença de três ou mais sintomas com a frequência a partir de “às vezes”.

Ainda no tocante aos fatores do cotidiano, no item “atividades cotidianas” utilizou-se uma questão dicotômica “*Você observa que a quantidade de atividades e/ou compromissos no seu dia a dia dificulta a realização e/ou controle do tratamento da DC?*” e, quando afirmativa, o participante selecionava quais atividades do cotidiano dificultavam a adesão à DLG. Dentre os itens, encontram-se atividades familiares, domiciliares, ocupacionais e sociais. Considerou-se o fator presente quando a resposta da questão foi afirmativa. Em seguida, no item “obstáculos diários para DLG”, utilizou-se seis questões, com opções de resposta numa escala do tipo Likert de 4 pontos (1-Discordo muito; 2-Discordo; 3-Concordo; 4-Concordo muito). As questões de 1 a 5 mencionavam dificuldades que o paciente poderia encontrar no seu dia a dia para aderir à DLG, tais como: ambiguidade na rotulagem dos produtos, aparência e sabor dos alimentos, tempo de preparo da refeição e restrição da comercialização. O item “Obstáculos diários para DLG” foi considerado presente quando 50% ou mais das questões foram consideradas obstáculos para o indivíduo celíaco.

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI), também desenvolvido por Beck *et al.* (1988) e validado em português por Cunha (2001), possui 21 itens que avaliam a ansiedade. Essa escala é medida por uma escala do tipo Likert de quatro pontos (0 a 3): (0) Ausente, (1) Suave, não me incomoda muito, (2) Moderado, é desagradável, mas consigo suportar, (3) Severo, quase não consigo suportar. O inventário possui pontuação máxima de 63. O significado do resultado é de acordo com os níveis de ansiedade: mínimo de 0 a 10 pontos; leve de 11 a 19; moderado de 20 a 30; grave de 31 a 63 pontos. A ansiedade foi considerada presente a partir do nível “leve”.

O *Beck Depression Inventory* (BDI), elaborado por Beck *et al.* (1961), possui uma versão em português validada por Campos e Gonçalves (2011), com 21 itens para avaliação da depressão. Essa escala é mensurada em quatro pontos (de 0 a 3 pontos) com pontuação

máxima de 63. O significado do resultado é de acordo com os níveis de depressão: mínimo de 0 a 11; leve de 12 a 19; moderado de 20 a 35; grave de 36 a 63 pontos. A depressão foi considerada presente a partir do nível “leve”.

3.6 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas do EXCEL *for* WINDOWS e analisados no SPSS, versão 22.0. A análise descritiva dos dados quantitativos referentes às variáveis sociodemográficas e às variáveis psicoafetivas, familiares e cotidianas foi realizada por meio do cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. As proporções de variáveis categóricas foram calculadas com intervalos de confiança de 95%.

Para avaliar a associação entre as variáveis psicoafetivas, familiares e cotidianas e a presença de depressão e ansiedade foi aplicado o Teste de qui-quadrado, considerando frequências esperadas maiores de cinco. Caso contrário, aplicou-se o Teste da probabilidade exata de Fisher. A Razão de prevalência foi mensurada a partir do cálculo da razão de prevalência. Na análise de diferença de médias, foram considerados, os Testes de Kolmogorov-Smirnov, para verificação de normalidade dos dados, e o teste de Levene, para verificação de homocedasticidade entre os grupos. Com base nos resultados desses testes, aplicou-se o teste T ou de Mann-Whitney para verificação de diferença de média/mediana entre os grupos. O Teste de Spearman foi utilizado para avaliação da correlação entre as médias dos postos e os escores das escalas de depressão e ansiedade. Os dados foram organizados em tabelas e discutidos, conforme literatura pertinente.

3.7 Aspectos Éticos

Os princípios éticos recomendados pela resolução nº. 466/2012, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitados (BRASIL, 2012).

Destaca-se que o presente estudo foi submetido no Comitê de Ética e Pesquisa da UFC, recebendo parecer de aprovação com o protocolo nº 2.004.292 (ANEXO B). Todos os participantes foram informados sobre a aplicação do instrumento de coleta de dados, que foi

iniciado apenas após autorização e obtenção de assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D).

4 RESULTADOS

A presente pesquisa avaliou um total de 83 celíacos que residiam no estado do Ceará, em busca da relação entre o diagnóstico de DC e a presença de quadros ansiosos e depressivos. A tabela a seguir contém os principais dados sociodemográficos coletados na primeira etapa do instrumento.

Tabela 1 - Caracterização dos celíacos, de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos. Ceará, 2017.

Variáveis	n=83	%				
1. Sexo						
Masculino	10	12,0				
Feminino	73	88,0				
2. Cor/Raça/Etnia						
Branca	45	54,2				
Negra	2	2,4				
Parda	28	33,7				
Amarela	8	9,6				
3. Estado civil (com ou sem companheiro (a))						
Não	42	50,6				
Sim	41	49,4				
4. Filhos						
Não	45	54,2				
Sim	38	45,8				
5. Filhos menores de idade						
Não	56	67,5				
Sim	27	32,5				
6. Número de filhos menores de idade						
Não	56	67,5				
Um	15	18,1				
Dois	11	13,2				
Três	1	1,2				
7. Ocupação remunerada						
Não	20	24,1				
Sim	63	75,9				
8. Local de moradia						
Fortaleza	73	88,0				
Região metropolitana e interior do Ceará	10	12,0				
10. Participação em associação de apoio						
Não	31	37,3				
Sim	52	62,7				
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*	
11. Idade	34,8	12,2	33,0	18	0,022	
12. Escolaridade (anos)	17,5	3,3	18,0	5	0,031	
13. Renda per capita (R\$)	2.880,23	2.350,50	2.333,33	3.000,00	0,000	

Continua

Conclusão

Tabela 1 - Caracterização dos celíacos, de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos. Ceará, 2017.

	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
14. Número de filhos	0,7	0,9	0,0	2	0,000
15. Número de filhos < de idade	0,4	0,7	0,0	1	0,000
16. Número de pessoas na mesma residência	3,36	1,19	3	2	0,000
17. Tempo de diagnóstico da doença celíaca (meses)	69,1	67,9	48,0	62	0,000
18. Tempo de participação em associação de apoio (meses)	37,1	36,9	24,0	25	0,000

n: número de indivíduos; %: percentual; DP: Desvio Padrão; IIQ: Intervalo Interquartil; *Teste Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com observado na tabela 1, 88% (n= 73) da população foi composta pelo sexo feminino; 54,2 % (n= 45) eram de cor/raça/etnia branca; uma pequena maioria não possuía companheiro, 50,6% (n= 42); 54,2% (n= 45) não possuem filhos; dos 45,8% (n= 38) que tinham filhos, 32,5% (n= 27) possuíam filho menor de idade e 14,4% (n= 12) possuíam mais de um filho menor; 75,9% (n= 63) da população tinha ocupação remunerada; dos entrevistados, 88% (n= 73) eram residentes de Fortaleza-Ceará; 62,7% (n= 57) participavam de associações de apoio.

Verificou-se que as variáveis idade, escolaridade, renda, número de filhos, número de filhos menores, número de pessoas na residência, tempo de diagnóstico de DC e tempo de participação em grupos de apoio apresentaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), desta forma, indicando que metade dos indivíduos celíacos tinha 33 anos, 18 anos de escolaridade, renda *per capita* de R\$ 2.333,33, nenhum filho menor de idade, 3 pessoas na residência, 48 meses de diagnóstico e 24 meses de participação em grupos de apoio.

Tabela 2 – Distribuição da presença dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.

Variáveis	n = 83	%
1. FATORES PSICOAFETIVOS		
Desconhecimento da Patologia		
Não	83	100
Sim	0	0
Condição Clínica Percebida		
Não	24	28,9

Continua

Conclusão

Tabela 2 – Distribuição da presença dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.

Variáveis	n = 83	%			
1. FATORES PSICOAFETIVOS					
Condição Clínica Percebida					
Sim	59	71,1			
Apoio Social Insuficiente					
Não	68	81,9			
Sim	15	18,1			
2. FATORES FAMILIARES					
Cuidado Compartilhado Insatisfatório					
Não	81	97,6			
Sim	2	2,4			
Apoio Familiar					
Não	40	48,2			
Sim	43	51,8			
3. FATORES COTIDIANOS					
Descontrole da DC					
Não	4	4,8			
Sim	79	95,2			
Atividades Cotidianas					
Não	36	43,4			
Sim	47	56,6			
Obstáculos Diários para DLG					
Não	37	44,6			
Sim	46	55,4			
4. ANSIEDADE					
Não	31	37,3			
Sim	52	62,7			
5. DEPRESSÃO					
Não	54	65,1			
Sim	29	34,9			
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
6. Apoio Social (Afetiva)	4,80	0,598	5,0	0,0	0,000
7. Apoio Social (Interação Social Positiva)	4,49	0,806	5,0	0,7	0,000
8. Apoio Social (Emocional)	4,21	0,968	4,7	1,5	0,000
9. Total de escores de ansiedade	14,62	9,831	14,0	12,0	0,082
10. Total de escores de depressão	9,84	6,80	10,0	9,0	0,033

n: número de indivíduos; %: percentual; DP: Desvio Padrão; IIQ: Intervalo Interquartilico; *Teste Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da Tabela 2, observa-se a frequência absoluta e relativa das variáveis dos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos. Identificou-se que as maiores frequências da

presença das variáveis foram: “Descontrole da DC” com 95,2% (n=79) e “Condição clínica percebida” em 71,1% (n=59). Percebeu-se ainda que a maioria dos celíacos apresentou “Ansiedade” em 62,7% (n= 52). Ressalva-se que a “Depressão” foi ainda identificada em 34,9% (n=29). Destaca-se que a ausência de “apoio familiar” foi identificada em 48,2% (n=40) e o “desconhecimento da patologia” foi ausente em 100,0% dos indivíduos.

Ainda em análise dos dados da Tabela 2, ressalta-se distribuição assimétrica ($p>0,05$) nas variáveis de apoio social insuficiente, nas dimensões afetiva, interação social positiva e emocional e no total de escores de depressão. Logo, identificou-se que metade dos celíacos possuíam apoio social suficiente nas três dimensões avaliadas e depressão na escala leve.

Tabela 3 - Distribuição das médias dos postos nos fatores psicoafetivos, familiares e cotidianos, em função do total de escores da escala de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.

	Média dos postos		Valor p*
	Escores Ansiedade	Escores Depressão	
1. Desconhecimento da Patologia			
Ausente	19,88	20,63	**
Presente	43,12	43,08	
2. Condição Clínica Percebida			
Ausente	37,00	31,15	0,228
Presente	44,03	46,42	0,009
3. Apoio Social Insuficiente			
Ausente	41,25	39,56	0,546
Presente	45,40	53,07	0,049
4. Cuidado Compartilhado Insatisfatório			
Ausente	42,46	41,98	0,271
Presente	23,50	42,75	0,964
5. Apoio Familiar			
Ausente	47,18	45,69	0,059
Presente	37,19	38,57	0,178
6. Descontrole da DC			
Ausente	19,88	20,63	0,060
Presente	43,12	43,08	0,069
7. Atividade Cotidianas			
Ausente	41,03	43,14	0,748
Presente	42,74	41,13	0,706
8. Obstáculos Diários para DLG			
Ausente	38,42	34,07	0,224
Presente	44,88	48,38	0,007

*Teste de Mann-Whitney. ** Não foi possível calcular nenhuma estatística.

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, percebe-se que o indivíduo com “Condição clínica percebida” ($p=0,009$), “Apoio social insuficiente” ($p=0,049$) e “Obstáculos diários para DLG” ($p=0,007$) presentes tem uma média de postos maior dos escores da escala de depressão.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes celíacos, segundo os fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares e a ocorrência de ansiedade. Ceará, 2018.

Variáveis	Ansiedade				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
1. Desconhecimento da Patologia					
Ausente	31	100	52	100	
Presente	0	0	0	0	*
Total	31	100,0	52	100,0	
2. Condição Clínica Percebida					
Ausente	11	35,5	13	25	$p = 0,308^{**}$
Presente	20	64,5	39	75	OR = 1,650
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,627-4,340
3. Apoio Social Insuficiente					
Ausente	27	87,1	41	78,9	$p = 0,345^{**}$
Presente	4	12,9	11	21,1	OR = 1,811
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,522-6,278
4. Cuidado Compartilhado Insatisfatório					
Ausente	30	96,8	51	98,1	$p = 1,00^{***}$
Presente	1	3,2	1	1,9	OR = 0,588
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,035-9,753
5. Apoio Familiar					
Ausente	11	35,5	29	55,8	$p = 0,351^{**}$
Presente	20	64,5	23	44,2	OR = 0,650
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,262-1,611
6. Descontrole da DC					
Ausente	3	9,7	1	1,9	$p = 0,144^{***}$
Presente	28	90,3	51	98,1	OR = 5,464
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,543-55,03
7. Atividade Cotidianas					
Ausente	13	41,9	23	44,2	$p = 0,838^{**}$
Presente	18	58,1	29	55,8	OR = 0,911
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,371-2,238
8. Obstáculos Diários para DLG					
Ausente	18	58,1	19	36,5	$p = 0,056^{**}$
Presente	13	41,9	33	63,4	OR = 2,405
Total	31	100,0	52	100,0	IC 95%: 0,968-5,972

n: número de indivíduos; %: percentual; OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Não foi possível calcular nenhuma estatística. ** Teste Qui-quadrado. ***Teste de probabilidade exata de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 4 mostra que na presença da ansiedade cinco variáveis foram mais prevalentes: “Descontrole da DC” (98,1%, $n=51$), “Condição clínica percebida” (75%, $n=$

39), “Obstáculos diários para DLG” (63,4%, n= 33) e “Atividades cotidianas” (55,8%, n= 29). Nenhuma variável demonstrou significância quando associada à ocorrência de ansiedade.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes celíacos, segundo os fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares e a ocorrência de depressão. Ceará, 2018.

Variáveis	Depressão				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
1. Desconhecimento da Patologia					
Ausente	54	100,0	29	100,0	*
Presente	0	0,0	0	0,0	
Total	54	100,0	29	100,0	
2. Condição Clínica Percebida					
Ausente	19	35,2	5	17,2	p = 0,086** OR = 2,606 IC 95%: 0,856-7,936
Presente	35	64,8	24	82,8	
Total	54	100,0	29	100,0	
3. Apoio Social Insuficiente					
Ausente	47	87,0	21	72,4	p = 0,099** OR = 2,558 IC 95%: 0,820-7,977
Presente	7	13,0	8	27,6	
Total	54	100,0	29	100,0	
4. Cuidado Compartilhado Insatisfatório					
Ausente	53	98,1	28	96,5	p = 1,000*** OR = 1,893 IC 95%: 0,114-31,421
Presente	1	1,9	1	3,5	
Total	54	100,0	29	100,0	
5. Apoio Familiar					
Ausente	24	44,4	16	55,2	p = 0,351** OR = 0,650 IC 95%: 0,262-1,611
Presente	30	55,6	13	44,8	
Total	54	100,0	29	100,0	
6. Descontrole da DC					
Ausente	4	7,4	0	0,0	p = 0,292***
Presente	50	92,6	29	100,0	
Total	54	100,0	29	100,0	
7. Atividades Cotidianas					
Ausente	21	38,9	15	51,7	p = 0,261** OR = 0,594 IC 95%: 0,239-1,477
Presente	33	61,1	14	48,3	
Total	54	100,0	29	100,0	
8. Obstáculos Diário Para DLG					
Ausente	28	51,9	9	31,0	p = 0,069** OR = 2,393 IC 95%: 0,925-6,192
Presente	26	48,1	20	69,0	
Total	54	100,0	29	100,0	

n: número de indivíduos; %: percentual; OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Não foi possível calcular nenhuma estatística. **Teste Qui-quadrado. ***Teste de probabilidade exata de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 5, verificou-se que na presença de depressão as variáveis “Descontrole da DC” (100,0%, n= 29), “Obstáculos diários para DLG” (69,0%, n=20) e “Condição clínica

percebida (82,8%, n= 24) apresentaram maior prevalência. O “Descontrole da DC” não apresentou OR devido as caselas com numeral zero. Nenhuma variável apresentou significância estatística quando associada à ansiedade e depressão.

Tabela 6 - Distribuição da presença das condições clínicas percebidas nos pacientes celíacos e suas respectivas médias dos postos, em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.

Condição Clínica Percebida	Presença		Valor p*
	n	%	
1. A doença celíaca afeta sua vida	67	80,7	
2. Sua condição celíaca causa preocupação	57	68,7	
3. A doença celíaca afeta você emocionalmente, fazendo-o se sentir irritado, com medo, triste ou deprimido	51	61,4	
	Média dos postos		
	Escores Ansiedade	Escores Depressão	Valor p*
1. A DC afeta sua vida			
Ausente	38,53	25,28	0,521
Presente	42,83	45,99	0,002
2. Sua condição celíaca causa preocupação			
Ausente	37,17	39,12	0,217
Presente	44,20	43,32	0,461
3. A DC afeta você emocionalmente, fazendo-o se sentir irritado, com medo, triste ou deprimido			
Ausente	30,92	34,53	0,001
Presente	48,95	46,69	0,025

n: número de indivíduos; %: percentual; *Teste de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 6, inicialmente apresenta os itens da variável “Condição clínica percebida” individualmente em frequências. Foi identificado que a maioria dos celíacos confirmaram que a DC afetava suas vidas (80,7% e n= 67), que sua condição clínica causava preocupação (68,7% e n= 57) e que a DC o afetava emocionalmente (61,4% e n= 51). Posteriormente foi contraposto a média dos postos destes itens em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão.

A média dos postos dos escores da escala de depressão são maiores nos indivíduos que acreditavam que a DC afetava sua vida (p=0,002). Aqueles em que acreditavam que a DC afetava emocionalmente sua vida apresentaram maiores escores da escala de depressão (p=0,025) e da escala de ansiedade (p=0,001).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes celíacos, segundo as condições clínicas percebidas e a ocorrência de ansiedade. Ceará, 2018.

Condição Clínica Percebida	Ansiedade				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
1. A DC afeta sua vida					
Ausente	7	22,6	9	17,3	p = 0,552* OR = 1,394 IC 95%: 0,461-4,215
Presente	24	77,4	43	82,7	
Total	31	100,0	52	100,0	
2. Sua condição celíaca causa preocupação					
Ausente	12	38,7	14	26,9	p = 0,263* OR = 1,714 IC 95%: 0,665-4,422
Presente	19	61,3	38	73,1	
Total	31	100,0	52	100,0	
3. A DC afeta você emocionalmente, fazendo-o se sentir irritado, com medo, triste ou deprimido					
Ausente	18	58,1	14	26,9	p = 0,005* OR = 3,758 IC 95%: 1,467-9,625
Presente	13	41,9	38	73,1	
Total	31	100,0	52	100,0	

n: número de indivíduos; %: percentual; OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Teste Qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 7, nota-se que, na presença da ansiedade, todos os itens da “Condição clínica percebida” apresentaram altos percentuais, no entanto, a maioria dos celíacos apontaram que a condição clínica percebida mais prevalente foi que “A DC afeta sua vida” em 82,7% (n= 43).

Em relação à associação da Ansiedade e a “Condição clínica percebida”, uma variável apresentou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Entende-se que na presença da percepção de que a DC os afeta emocionalmente, fazendo-os se sentir irritados, com medo, tristes ou deprimidos, o celíaco apresentará 3,7 vezes mais chance para o desenvolvimento de quadros ansiosos.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes celíacos, segundo as condições clínicas percebidas e a ocorrência de depressão. Ceará, 2018.

Condição Clínica Percebida	Depressão				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
1. A DC afeta sua vida					
Ausente	15	27,8	1	3,4	p = 0,007* OR = 10,769 IC 95%: 1,343-86,344
Presente	39	72,2	28	96,6	
Total	54	100,0	29	100,0	

Continua

Conclusão

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes celíacos, segundo as condições clínicas percebidas e a ocorrência de depressão. Ceará, 2018.

Condição Clínica Percebida	Depressão				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
2. Sua condição celíaca causa preocupação					
Ausente	16	29,6	10	34,5	p = 0,649* OR = 0,800 IC 95%: 0,305-2,096
Presente	38	70,4	19	65,5	
Total	54	100,0	29	100,0	
3. A DC afeta você emocionalmente, fazendo-o se sentir irritado, com medo, triste ou deprimido					
Ausente	23	42,6	9	31,0	p = 0,302* OR = 1,649 IC 95%: 0,635-4,280
Presente	31	57,4	20	69,0	
Total	54	100,0	29	100,0	

n: número de indivíduos; %: percentual; OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Teste Qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 8 apresenta que na presença da depressão, percentuais elevados são apontados na “Condição clínica percebida”, porém, a visão dos celíacos de que “A DC afeta sua vida” apresentou 96,6% (n= 28) daqueles que demonstraram essa condição. Das condições avaliadas, um item apresentou relação estatisticamente significativa (p<0,05), na qual se entende que a presença do pensamento do celíaco de que a DC afeta sua vida apresenta 10,7 vezes mais chances para o desenvolvimento de quadros depressivos.

Tabela 9 - Distribuição da presença do apoio social insuficiente nos pacientes celíacos e suas respectivas médias dos postos, em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.

Apoio Social Insuficiente	Presença		Valor p*
	n	%	
1. Afetiva	3	3,6	
2. Interação Social Positiva	5	6,0	
3. Emocional	15	18,1	
	Média dos postos		Valor p*
	Escores Ansiedade	Escores Depressão	
1. Afetiva			
Ausente	42,51	42,15	0,317
Presente	28,33	38,00	0,769
2. Interação Social Positiva			
Ausente	41,76	41,46	0,723
Presente	45,70	50,40	0,421

Continua

Conclusão

Tabela 9 - Distribuição da presença do apoio social insuficiente nos pacientes celíacos e suas respectivas médias dos postos, em função do total de escores das escalas de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.

	Média dos postos		Valor p*
	Escores	Escores	
	Ansiedade	Depressão	
3. Emocional			
Ausente	41,25	39,56	0,546
Presente	45,40	53,07	0,049

n: número de indivíduos; %: percentual; *Teste de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 9, primeiramente apresenta as dimensões da variável “Apoio Social” individualmente em frequências absolutas e relativas. Foi identificado que a maioria dos celíacos referiu ter apoio social suficiente, estando apenas a dimensão emocional com um percentual pouco elevado de apoio social insuficiente, quando comparadas as outras, de 18,1% (n= 15). A média dos postos dos escores da escala de depressão apresentam-se maiores em indivíduos com Apoio Social Emocional Insuficiente (p= 0,049).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes celíacos, segundo a participação em grupos de apoio e a ocorrência de ansiedade e depressão. Ceará, 2018.

Grupo de apoio	Ansiedade				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
Não	11	35,5	20	38,5	p = 0,786* OR = 0,880 IC 95%: 0,349-2,217
Sim	20	64,5	32	61,5	
Total	31	100,0	52	100,0	

Grupo de apoio	Depressão				Estatísticas
	Ausente		Presente		
	n	%	n	%	
Não	18	33,3	13	44,8	p = 0,302* OR = 0,615 IC 95%: 0,224-1,552
Sim	36	66,7	16	55,2	
Total	54	100,0	29	100,0	

n: número de indivíduos; %: percentual; OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Teste Qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 10, verificou-se que dos celíacos que participavam de grupo de apoio (n=52), a maioria apresentava ansiedade (61,5%, n=32). Em contrapartida, a maioria dos celíacos que não tinham depressão (n=36), 66,7% participavam de grupo de apoio para pacientes celíacos. Destaca-se que a participação em grupos de apoio não houve significância

estatística, quando associado à ansiedade e depressão.

Tabela 11 - Frequência dos sinais e/ou sintomas de descontrole da DC entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.

Sinais e Sintomas	n = 83	%
Específicos		
1. Diarreia	6	7,2
2. Constipação	19	22,8
3. Flatulência excessiva	25	30,1
4. Náusea	7	8,4
5. Vômito	2	2,4
6. Dor abdominal	13	15,6
7. Distensão abdominal	21	25,3
8. Azia	15	18,1
9. Inapetência	9	10,8
Inespecíficos		
1. Alopecia	35	42,1
2. Ansiedade	34	40,9
3. Enxaqueca/Cefaleia	13	15,6
4. Depressão	11	13,2
5. Fadiga	36	43,3
6. Irritabilidade	24	28,9
7. Perda de peso não intencional, inesperada e/ou repentina	8	9,6
8. Neuropatia periférica	11	13,2
9. Mialgias	20	24,1
10. Artralgias	15	18,1
11. Dermatite herpetiforme	10	12
12. Estomatite aftosa	6	7,2

n: número de indivíduos; %: percentual.

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 11 demonstra o percentual dos sinais e sintomas específicos e inespecíficos de descontrole da DC. Identificou-se que a flatulência excessiva (30,1%, n= 25) e a distensão abdominal (25,3%, n= 21) foram as manifestações clínicas específicas mais prevalentes. No que se refere aos sinais e sintomas inespecíficos, os mais prevalentes foram: alopecia (42,1%, n= 35), fadiga (43,3%, n= 36) e ansiedade (40,9%, n= 34).

Tabela 12 - Correlação das variáveis de quantidade de sintomas por indivíduo, ansiedade e depressão entre os pacientes celíacos. Ceará, 2018.

Variáveis	Rho	Valor p
1. Quantidade de sintomas por indivíduo		
Total de escores da escala de ansiedade	0,586	0,000
Total de escores da escala de depressão	0,568	0,000

Rho: Coeficiente de Spearman.

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 12, ao correlacionar as variáveis de “Quantidade de sintomas por indivíduo” e “Total de escores da Escala de Depressão” e “Total de escores da Escala de Ansiedade” encontrou-se significância ($p= 0,000$) em todas as relações, indicando que uma maior quantidade de sintomas está relacionada com maiores escores das escalas de depressão e ansiedade.

5 DISCUSSÃO

O Brasil atualmente apresenta uma mudança no perfil epidemiológico, caracterizada pela transição de doenças infectocontagiosas e parasitárias para o crescente desenvolvimento de doenças crônicas. Este perfil constitui um importante problema de saúde pública, uma vez que ocasiona diminuição na qualidade de vida e crescente número de mortes precoces, além de gerar limitações nos indivíduos acometidos (MALTA *et al.*, 2014; TAVARES *et al.*, 2016).

Dentro do contexto de cronicidade, alguns cuidados devem ser contínuos, logo, a adesão terapêutica é indispensável na manutenção da saúde. Ressalta-se que este comportamento está relacionado diretamente à qualidade de vida diária, podendo comprometer e/ou afetar o bem-estar psicológico e físico (BRANDÃO, 2016; AVELAR *et al.*, 2006).

A DC, em concordância com as demais doenças crônicas, requer cuidados permanentes, que podem gerar impactos negativos na vida do indivíduo, fazendo com que estes sintam-se diferentes dos demais, quando analisados através de um contexto social (ARAÚJO, 2008). Estudos passados informam que a qualidade de vida, do celíaco no âmbito psicológico, é menor do que o restante da população. Isto pode ser justificado pela presença de sintomas associados à não adesão a DIG ou pelas dificuldades em seguir esta dieta, uma vez que há uma mudança significativa nos hábitos alimentares e sociais do celíaco (PIMENTA-MARTINS; PINTO; GOMES, 2014; MATOS, 2015).

Neste estudo encontrou-se uma amostra populacional predominantemente composta pelo sexo feminino (87,9%; n= 73), estando em consonância com outros estudos (CRISPIM, 2009; USAI *et al.*, 2007; SVERKER; HENSING; HALLERT, 2005). Esta prevalência pode ser explicada pelo cuidado de saúde não ser uma prática comum no homem, dificultando o diagnóstico (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Houve prevalência em relação a cor/raça/etnia, pois 45 indivíduos (54,2%) eram brancos assim como apresentado por Sdepanian, Morais e Fagundes-Neto (2001b), onde demonstraram uma predominância de 97,6%, corroborando com a afirmação de Rauen, Back e Moreira (2005) sobre a DC atingir a população branca em comparação com as demais raças.

No tocante a presença de parceiro, o presente estudo demonstrou uma discreta predominância de indivíduos sem parceiro (50,6%, n= 42), divergindo de estudos como o de Pimenta-Martins, Pinto e Gomes (2014) que demonstrou uma prevalência em indivíduos

casados ou em união estável de 54,9%.

Neste estudo, 75,9 % (n=63) dos indivíduos apresentaram ocupação remunerada, o que pode contribuir para uma maior adesão à DLG, uma vez que os alimentos sem glúten, geralmente, possuem preços mais elevados. Observa-se também que a média do nível de escolaridade foi de 17,5 anos, em concordância com Pellegrin (2005) que apresentou uma população bem informada, demonstrando que, quanto maior a escolaridade, maior a adesão a DLG e maior o conhecimento. Diante disto, pode-se justificar o fato de, neste estudo, nenhum celíaco ter apresentado a variável “Desconhecimento da Patologia”.

Entre os 83 celíacos, 88,0% (n= 73) eram residentes em Fortaleza-Ceará. Outros estudos como de Pimenta-Martins, Pinto e Gomes (2014) há também uma prevalência de moradores da capital (35,9%) quando comparados a outras cidades e Pulido *et al.* (2013), que apresentou predominância de indivíduos residentes de regiões metropolitanas.

Observou-se ainda que 62,7% (n= 52) dos indivíduos participam de alguma associação de apoio e não apresentaram relações estatisticamente significantes com o total de escores da ansiedade e/ou depressão. Araújo (2008) demonstrou que, as associações e grupos podem ser meios de minimizar as dificuldades na adesão ao tratamento, além de apresentar relatos com melhora da qualidade de vida do celíaco pelo sentimento de não estar sozinho.

O tempo de diagnóstico no presente estudo foi de 69,1 meses, aproximadamente 6 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica uma relação negativa do tempo de diagnóstico a adesão ao tratamento em doenças crônicas. Estudos indicam que, quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a taxa de adesão ao tratamento, especialmente se os pacientes passaram dos 5 anos de diagnóstico (FARIA; ZANETTI; HAAS, 2009; SDEPANIN; MORAIS; FAGUNDES-NETO, 2001a)

Sdepanian, Morais e Fagundes-Neto (2001a) apontam uma redução de 10,6% na adesão da DLG de indivíduos com tempo de diagnóstico da DC a partir de 5 anos. O tempo de diagnóstico também está relacionado com a depressão e a percepção geral da saúde, avaliada pela variável “Condição clínica percebida” (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005).

O apoio social insuficiente esteve ausente em 68 indivíduos (81,9%), indicando que a maioria da população recebe apoio, no entanto, ainda na presença de um apoio social houve prevalência de 78,9% (n=41) e 72,4% (n=21) de indivíduos classificados como ansiosos e depressivos, respectivamente. Dunbar, Ford e Hunt (1996), que demonstraram que a presença de apoio social em doenças crônicas, representa um fator positivo na prevenção do desenvolvimento de ansiedade.

A Tabela 3 indica maiores escores de depressão em celíacos com “Condição clínica percebida”. Esta relação de percepção da saúde e presença de depressão também foi observada por Maciel e Guerra (2006) e Berber, Kupek e Berber (2005). A percepção da condição de saúde, em doenças crônicas, advinda de sintomas exacerbados associados a presença da depressão pode justificar o achado (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005)

Diante do observado na Tabela 11, houve presença de sinais e sintomas mesmo na DIG. A frequência dos sintomas inespecíficos se sobrepõe aos sintomas específicos, especialmente alopecia com 42,1% (n= 35), ansiedade com 40,9% (n= 34), fadiga com 43,3% (n= 36) e irritabilidade com 28,9% (n= 24). Dos sintomas específicos aqueles que predominaram foram Flatulência excessiva e Distensão abdominal. Em comparação aos resultados de Cassol *et al.* (2007), na ausência da DIG, observou-se a predominância de sintomas específicos, destacando-se diarreia (23%) e dor abdominal (11%). A presença de sintomas na obediência a DIG pode ser justificada pela contaminação cruzada, desde o processamento dos produtos, até a comercialização e consumo do alimento (ARAÚJO, 2008; FASANO; CATASSI, 2001).

A Tabela 12 nos mostra que há uma relação negativa entre a quantidade de sintomas apresentados pelos celíacos e o total de escores nas escalas de ansiedade e depressão. Esta relação pode ser explicada pela quantidade e presença de sintomas que podem causar um mal-estar no indivíduo, gerando redução da qualidade de vida e configurando-se como critério para desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (FURLANETO; BRASIL, 2006; MARCELINO; CARVALHO, 2005; RAMÍREZ-CERVANTES *et al.*, 2015).

A presença do apoio familiar esteve presente em 51,8% dos celíacos. A presença desse apoio, do envolvimento diário contribui positivamente para a adesão da dieta, além de reduzir sentimento de insegurança (CASEMIRO, 2006). O Cuidado compartilhado insatisfatório apresentou-se ausente em 97,6% (n= 81), mostrando que a maioria dos indivíduos apresenta cuidado satisfatório, discordando de estudos como de Duca, Thume e Hallal (2011) que descreveu a presença de cuidado em idosos em 49,5% da amostra.

A presença de “Obstáculos diários para DLG” esteve presente em 55,4% dos celíacos (n= 46), além de apresentar significância quando relacionado ao total de escores de depressão. Dentre os obstáculos encontrados com maior frequência estão a ambiguidade na rotulagem (62,6%, n= 52); a restrição da comercialização (48,2%, n= 40); o valor dos produtos sem glúten (60,2%; n= 50) e a presença da contaminação no ambiente doméstico (45,8%; n= 38). Em concordância com os resultados apresentados, um estudo realizado no

Canadá com 2.681 celíacos, revelou a dificuldade em seguir a dieta em 44,0 % da sua amostra, onde os obstáculos citados em destaque foram a dificuldade de determinar se os alimentos eram livres de glúten (85,0%) e a dificuldade em encontrar produto sem glúten no mercado (83,0%) (ARAÚJO *et al.*, 2010). Araújo (2008) também demonstrou dificuldade da adesão à terapêutica devido a contaminação cruzada e ao custo elevado dos produtos.

As atividades cotidianas se demonstraram presentes em 56,6% (n= 47) dos celíacos, indicando que há prevalência de indivíduos que referem dificuldade em tratar e controlar a DC devido ao excesso de compromissos diários, o que pode resultar em uma não adesão à terapêutica. Este comportamento poderá trazer consequências como não obtenção dos benefícios esperados, redução da qualidade de vida e maior custo financeiro para o sistema de saúde e para o paciente (FARIA, 2008).

Observou-se que a Ansiedade esteve presente em 62,7% (n= 52) dos celíacos, semelhante ao apresentado por Ramírez-Cervantes *et al.* (2015), que demonstrou ansiedade em 65% (n= 52) dos celíacos de sua amostra. Outros estudos também identificaram a presença de ansiedade relacionada a DC, como Cannings-John *et al.* (2007) com 41,2% (n=28) e Hauser *et al.* (2010) com 84,8% de prevalência. Estudos realizados na Alemanha e Itália também confirmam a presença de sintomas ansiosos e depressivos ligados à DC e a DLG (HAUSER *et al.*, 2010).

Diante do apresentado na Tabela 2, 34,9% (n= 29) dos celíacos foram classificados como depressivos, corroborando com estudos internacionais como de Ramírez-Cervantes *et al.* (2015), que também apresentou alta prevalência de depressão (60%; n= 48) em população semelhante. A depressão é uma doença comum no mundo, que vem aumentando globalmente, atingindo mais de 300 milhões de pessoas, independentemente do nível de renda do país (WHO, 2018).

Por fim, observou-se a presença de fatores psicoafetivos, cotidianos e familiares, que estiveram relacionados a presença da ansiedade e depressão. Este resultado corrobora com Matos (2015) quando afirma que a presença de fatores poderá implicar e sofrer implicações da DC no desenvolvimento de sintomas psicológicos. Baseado nisso, destaca-se a importância do enfermeiro na atuação de doenças crônicas, promovendo um suporte emocional, esclarecimento quanto à patologia e terapêutica, além de respeitar a subjetividade de cada indivíduo (MALDANER, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo a população descrita foi composta por 83 celíacos do Estado do Ceará, principalmente residentes de Fortaleza, predominantemente do sexo feminino; brancos; não possuíam parceiros; participam de grupos de apoio; referiam renda média em até 2.333,33; de idade entre 33 anos; apresentando 18 anos de escolaridade e possuem tempo de diagnóstico médio de 69,1 meses.

Percebeu-se que dos fatores psicoafetivos, apenas a presença da variável de “Condição clínica percebida” demonstrou-se predominante, quando comparadas a “Desconhecimento da patologia” e “Apoio Social insuficiente”.

Analisando os fatores familiares o “Cuidado compartilhado insatisfatório” foi presente apenas em dois indivíduos demonstrando que há um bom relacionamento entre o celíaco e seu principal cuidador. Observando ainda o fator familiar percebe-se que, na variável de “Apoio familiar” uma diferença mínima dos indivíduos que possuem ou não apoio dos seus familiares.

Relacionado aos fatores cotidianos foi identificado a presença das variáveis aplicadas. Inicialmente observou-se prevalência de “Descontrole da DC”, em seguida a presença de demandas excessivas, avaliadas na variável “Atividades cotidianas”. Por fim, “Obstáculos diários para DLG” também apresentou prevalência.

A ansiedade e depressão são sintomas inespecíficos, que podem estar presentes ou não na vida de um celíaco. No presente estudo identificou-se a presença de ansiedade em 62,7% da amostra. Analisando a depressão, 34,9% dos indivíduos apresentaram esta variável presente.

Quando analisados os fatores psicoafetivos apenas as variáveis de “Condição clínica percebida” e “Apoio Social” demonstram-se estatisticamente significante quando correlacionadas ao total de escores da escala de depressão. Observando os fatores cotidianos a variável “Obstáculos diários para DLG” apresentou-se significante quando associado ao total de escores de depressão. A análise estatística de Spearman demonstrou uma relação negativa da quantidade de sintomas apresentados por um indivíduo e do total de escores da escala de ansiedade e depressão.

As limitações do presente estudo encontram-se nos poucos artigos brasileiros que relacionam a DC ao desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos. Por fim, o fato de

parte da coleta ter sido realizada em locais públicos, mesmo que reservados, podem ter afetado a atenção dos celíacos.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de novos estudos que expliquem melhor a relação de transtornos psicológicos com a DC e o papel do enfermeiro diante desta realidade. Acrescenta-se, por fim, a necessidade do profissional de enfermagem em apropriar-se mais sobre os fatores relacionados aos cuidados de doenças crônicas e a implicação destas na qualidade de vida dos celíacos.

REFERÊNCIAS

- ACELBRA. Associação dos Celíacos do Brasil-Ceará. **Conheça um pouco da ACELBRA-CE**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.fenacelbra.com.br/ancelbra_ce/institucional/>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ARAÚJO, H. M. C. et al. Celiac disease, eating habits and practices and life quality of life. **Rev Nutr**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 467-474, maio/jun., 2010. DOI: 10.1590/S1415-52732010000300014.
- ARAÚJO, H. M. C. **Impacto da doença celíaca na saúde, nas práticas alimentares e na qualidade de vida celíacos**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- AVELAR, A. M. A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Rev Ciên Med**, v. 15, n. 1, p. 11-20. Campinas, 2006.
- BAI, J. C. et al. World Gastroenterology Organisation global guidelines on celiac disease. **J Clin Gastroenterol**, v. 47, n. 2, p. 121-126, 2013. DOI: 10.1097/MCG.0b013e31827a6f83.
- BESSA, C. C. **Validação clínica dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz da saúde em indivíduos com doença celíaca**. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, 53-63, 1961.
- _____. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J Consult Clin Psychol**, v. 56, 893-897, 1988.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 2, p. 47-54, Florianópolis, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.149, de 11 de novembro de 2015**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/13/Portaria-SAS-MS---1149-de-11-de-novembro-de-2015.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 maio 2018.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº. 10.674, de 16 de maio de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.674.htm>. Acesso em: 07 abr. 2018.

BRANDÃO, C. C. C. **Avaliação do contolo situaconal, adesão terapêutica e qualidade de vida e jovens adultos com condições crônicas de saúde.** 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016.

CAMPOS, R. C.; GONÇALVES, B. The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). **Eur J Psychol Assess**, v. 27, n. 4, p. 258-264, 2011. DOI: 10.1027/1015-5759/a000072.

CANNINGS-JOHN, R. et al. A case-control study of presentations in general practice before diagnosis of coeliac disease. **Br J Gen Pract**, v. 57, p. 636-642, 2007.

CASEMIRO, J. M. **Adesão à dieta sem glúten por pacientes celíacos em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília.** 2006. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CASSOL, C. A. et al. Perfil clínico dos membros da associação dos celíacos do Brasil – Regional de Santa Catarina (ACELBRA- SC). **Arq Gastroenterol**, v. 44, n. 3, p. 257- 265, São Paulo, 2007. DOI: 10.1590/S0004-28032007000300015.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 2, p. 20-23, São Paulo, 2000. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600006.

CRISPIM, M. **Perfil clínico dos membros da associação dos celíacos de Santa Catarina – ACELBRA/ SC.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CUNHA, J. A. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch Intern Med**, v. 160, p. 2101-2101, 2000. DOI: 0.1001/archinte.160.14.2101.

DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 113-120, 2011.

DUNBAR, M.; FORD, G.; HUNT, K. Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? an examination of three hypotheses. **Journal Psychology & Health**, v. 13, n. 3, p. 527-544, 1996.

FARIA, H. T G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** 2008. Dissertação (Mestrado – Programa de pós-graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FARIA, H.T. G.; ZANETTI, M. L., HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 17, n. 1, São Paulo, 2009.

FASANO, A.; CATASSI, C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. **Gastroenterology**, v. 120, n. 3, p. 636-651, 2001. DOI: 10.1053/gast.2001.22123.

FRENHANI, P. B.; BURINI, R. C. Mechanisms of amino acids and oligopeptides absorption in humans. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 227-237, 1999. DOI: 10.1590/S0004-28031999000400011.

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. Florianópolis, 2006.

GRIEP et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574. Rio de Janeiro, 2007.

HAUSER, W. et al. Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. **World J Gastroenterol**, v. 16, n. 22, p. 2780-2787, 2010. DOI: 10.3748/wjg.v16.i22.2780.

LOBÃO, N. et al. **Osteoporose e Doença Celíaca**. Associação dos Celíacos do Brasil - Seção Rio de Janeiro (ACELBRA-RJ). Rio de Janeiro, 2011.

LOUREIRO, R. A. et al. Sintomas depressivos e ansiosos entre pacientes internadas em enfermaria de ginecologia. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 57, n. 1, p. 26-29, 2012.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. bras.psiquiatr**, v.55, n.1, p. 26-33. Rio Grande do Norte, 2006.

MALDANER, C.R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n. 4, p. 647-653. Porto Alegre, 2008.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608. Brasília, 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000400002.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77. Maringá, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Quality of life of people with chronic illness. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro, 1996. DOI: 10.1590/S0104-11691996000300002.

MATOS, S. R. **As implicações psicossociais geradas pelo tratamento e diagnóstico da doença celíaca**. 2015. 83 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

NOBRE, S. R.; SILVA, T.; CABRAL, J. E. P. Doença Celíaca Revisitada. **J Port Gastreterol**, v. 14, n. 4, p. 184-193, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf> Acesso em: 10 jun. 2018.

PELLEGRIN, C. P. **Avaliação do conhecimento sobre doença celíaca e seu tratamento e da observância à dieta isenta de glúten entre os associados da Acelbra/SA**. 2005. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina) - Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PIMENTA-MARTINS, A.; PINTO, E.; GOMES, M. P. Percepção do estado de saúde e da qualidade de vida numa amostra de celíacos portugueses. **GE Port J Gastroenterol**, v. 21, n. 3, p. 109-116. Portugal, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATESI, R.; GANDOLFI, L. Celiac disease: a disease with many faces. **J Pediat**, v. 81, n. 5, p. 357-358, 2005. DOI: 10.1590/S0021-75572005000600002.

PULIDO, O. et al. Clinical features and symptom recovery on a gluten-free diet in Canadian adults with celiac disease. **Can J Gastroenterol**, v. 27, n. 8, p. 449-453, 2013. DOI: 10.1155/2013/741740.

RAMÍREZ-CERVANTES, K. L. et al. Characteristics and factors related to quality of life in Mexican Mestizo patients with celiac disease. **BMC Gastroenterology**, v. 15, n. 4, 2015. DOI: 10.1186/s12876-015-0229-y.

RAUEN, M. S.; BACK, J. C. V.; MOREIRA, E. A. M. Doença celíaca: sua relação com a saúde bucal. **Rev. Nutr**, v. 18, n. 2, p. 271-276, 2005.

ROCHA, S.; GANDOLFI, L.; SANTOS, J. E. The psychosocial impacts caused by diagnosis and treatment of Coeliac Disease. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 65-70, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000100009.

SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Celiac disease: evaluation of compliance to a gluten-free diet and knowledge of the disease in celiac patients registered at the Brazilian Celiac Association (BCA). **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 232-239, 2001a. DOI: 10.1590/S0004-28032001000400005.

- SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Celiac disease: clinical characteristics and methods used in the diagnosis of patients registered at the Brazilian Celiac Association. **J Pediatr (Rio J)**, v. 77, n. 2, p. 131-138, 2001b. DOI: 10.1590/S0021-75572001000200014.
- SEBERN, M. Refinement of the Shared Care Instrument–Revised: A measure of a family care interaction. **J Nurs Meas**, v. 16, n. 1, p. 43-60, 2008.
- SMITH, L. B. et al. Psychological Manifestations of Celiac Disease Autoimmunity in Young Children. **Official Journal of the American Academy of Pediatrics**, v. 139, n. 3, 2017. DOI: 10.1542/peds.2016-2848.
- SVERKER, A.; HENSING, G.; HALLERT, C. ‘Controlled by food’– lived experiences of coeliac disease. **Journal of human nutrition and dietetics**, v. 18, n. 3, p. 171- 180, 2005.
- TAVARES, N. U. L. et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Rev saude publica**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200014. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006118.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depression and medical comorbidity. **Rev Psiq Clín**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005. DOI: 10.1590/S0101-60832005000300007.
- USAI, P. et al. Effect of gluten-free diet and co-morbidity of irritable bowel syndrome-type symptoms on health-related quality of life in adult coeliac patients. **Dig Liver Dis**, v. 39, n. 9, p. 824-828, 2007. DOI: 10.1016/j.dld.2007.05.017
- WHO. World Health Organization. **Depression**, 2018. Disponível em:
< <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>> Acesso em: 10 jun. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA**

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL – CEARÁ (ACELBRA-CE) contém toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada “**VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS FATORES RELACIONADOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA**” a ser realizada pela pesquisadora CRISTINA COSTA BESSA.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Associação dos Celíacos do Brasil – Ceará

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___ **Nome:** _____

Sexo: () M () F **Idade (anos):** _____

Naturalidade/CE: _____ **Nacionalidade:** _____

Cor/Raça/Etnia: () Branca () Preta/Negra () Parda () Amarela () Indígena () Outra

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/vive com parceiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

Situação ocupacional: () Empregado de empresa pública () Empregado de empresa privada
() Desempregado () Pensionista/Aposentado () Atividade sem remuneração

Escolaridade (Em anos): _____ **Profissão:** _____ **Renda individual:** _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____

E-mail: _____

Telefone fixo: _____ **Telefone celular:** _____

Quantas pessoas moram em sua residência? _____

Possui filhos: () Sim () Não

Em caso afirmativo, quantos? _____. Quantos são menores de idade? _____.

Há quanto tempo possui o diagnóstico concluído de DC? _____.

Você possui algum transtorno psiquiátrico?

() Esquizofrenia () Ansiedade () Depressão () Outra. Qual? _____.

Faz uso de algum antidepressivo? () Sim () Não.

Em caso afirmativo, qual? _____.

Antecedentes familiares neuropsiquiátricos (Pais, filhos e irmãos): () Sim () Não. Se afirmativo, _____ quais?

Você participa de alguma associação, organização ou grupo de apoio para pacientes com restrições alimentares? () Sim () Não

Em caso de afirmativo, qual? _____ Há quanto tempo? _____.

FATORES PSICOAFETIVOS

1 – DESCONHECIMENTO DA PATOLOGIA

Questionário a respeito da obediência à dieta e do conhecimento da doença celíaca, adaptado

de Sdepanian, Morais e Fagundes-Neto (2001).

AFIRMATIVAS	Verdadeiro	Falso
1. O principal órgão afetado pela doença celíaca é o estômago.		
2. Na doença celíaca ocorre um problema de digestão dos alimentos.		
3. São sintomas da doença celíaca: diarreia, vômitos, barriga inchada e pneumonia.		
4. Não existe predisposição genética na doença celíaca.		
5. A intolerância ao glúten na doença celíaca é transitória.		
6. Para realização do diagnóstico de doença celíaca o padrão-ouro é a ultrassom abdominal total.		
7. O glúten é o mesmo que gordura.		
8. O indivíduo com doença celíaca deverá manter a dieta sem glúten, podendo ingerir somente um alimento com glúten uma vez por semana.		
9. O glúten está presente nos cereais, tais como: trigo, centeio, arroz, milho e cevada.		
10. Os indivíduos com doença celíaca podem utilizar substitutos de farinhas que contenham glúten, tais como: fécula de batata, germen de trigo e polvilhos.		
11. Se o indivíduo com doença celíaca ingere glúten e não apresenta sintomas, então o intestino não apresenta lesão alguma.		

2- CONDIÇÃO CLÍNICA PERCEBIDA

AFIRMATIVAS	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
1. A doença celíaca afeta sua vida.	1	2	3	4
2. Sua condição celíaca causa preocupação.	1	2	3	4
3. A doença celíaca afeta você emocionalmente, fazendo-o se sentir irritado, com medo, triste ou deprimido.	1	2	3	4

3 - APOIO SOCIAL INSUFICIENTE

Escala de Apoio Social (GRIEP *et al.*, 2005).

TIPO DE APOIO	Se você precisar, com que frequência conta com alguém...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Afetiva	que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
	que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5

	que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5
Interação Social Positiva	com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
	com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
	com quem relaxar?	1	2	3	4	5
	para se divertir junto?	1	2	3	4	5
Emocional	para ouvi-lo, quando você precisar falar?	1	2	3	4	5
	em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5
	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5
	que compreenda seus problemas?	1	2	3	4	5

FATORES FAMILIARES

1 – CUIDADO COMPARTILHADO INSATISFATÓRIO

Instrumento Revisado de Cuidado Compartilhado (SCI-R) (SEBERN, 2008).

AFIRMATIVAS	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. Não há ninguém para eu conversar sobre como eu estou me sentindo.	5	4	3	2	1	0
2. Eu não gosto de incomodar meu cuidador falando para ele (a) que eu estou me sentindo doente.	5	4	3	2	1	0
3. Eu nunca peço ao meu cuidador conselhos sobre meus problemas de saúde.	5	4	3	2	1	0
4. Meu cuidador não gosta de me falar quando ele (a) está se sentindo doente.	5	4	3	2	1	0
5. Meu cuidador não gosta de me preocupar quando ele (a) está se sentindo doente.	5	4	3	2	1	0
6. Quando há alguma coisa errada comigo, eu busco o máximo de informações possíveis sobre a causa de meu problema.	0	1	2	3	4	5
7. Quando há alguma coisa errada comigo, eu faço o que eu posso para aliviar meus sintomas.	0	1	2	3	4	5

8. Se eu não estou me sentindo bem, eu decido se eu devo ficar em casa ou sair.	0	1	2	3	4	5
AFIRMATIVAS	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo parcialmente	Concordo completamente
9. Quando eu não estou me sentindo bem, eu decido quando ligar para o médico ou enfermeiro.	0	1	2	3	4	5
10. Eu falo para o médico ou enfermeiro sobre meus sintomas e as causas de minha doença.	0	1	2	3	4	5
11. Quando eu estou doente, eu faço para mim mesmo o que posso.	0	1	2	3	4	5
12. Eu ouço meu cuidador.	0	1	2	3	4	5
13. Nós temos uma parceria.	0	1	2	3	4	5
14. Eu me sentiria mal se meu cuidador não me falasse sobre sintomas que estão incomodando-o (a).	0	1	2	3	4	5
15. Quando meu cuidador me fala sobre sintomas preocupantes, eu o (a) ajudo a avaliar os sintomas.	0	1	2	3	4	5
16. Se eu tentar alguma coisa que não ajude, nós tentamos outra coisa.	0	1	2	3	4	5
17. Se algum de nós está doente, nós descobrimos como devemos tratar juntos a doença.	0	1	2	3	4	5
18. Nós vamos para o médico juntos; logo, nós sabemos o que está acontecendo.	0	1	2	3	4	5
19. Se meu enfermeiro ou médico me fala qual é o problema, e o que eu devo fazer, então eu posso fazer o que eles me falam para fazer.	0	1	2	3	4	5

2 – APOIO FAMILIAR

QUESTÃO	SIM	NÃO
Existe falta de entendimento em sua família que dificulta a realização do tratamento da doença celíaca ou do controle da saúde como celíaco?		
<i>Em caso afirmativo, qual tipo de conflito familiar?</i>		

FATORES COTIDIANOS

1 – DESCONTROLE DA DOENÇA CELÍACA

QUESTÃO	SIM	NÃO
1. Mesmo seguindo uma dieta sem glúten tenho apresentado nos últimos 30 dias sinais e/ou sintomas gastrointestinais, neurológicos e/ou de alterações de humor, musculoesquelético e/ou dermatológicos? Em caso afirmativo, <i>indique abaixo a frequência desses sinais e/ou sintomas.</i>		

Você apresentou algum destes sintomas nos últimos 30 dias?

Nº	ESPECÍFICOS	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1	Diarreia	1	2	3	4	5
2	Constipação	1	2	3	4	5
3	Flatulência excessiva	1	2	3	4	5
4	Náusea	1	2	3	4	5
5	Vômito	1	2	3	4	5
6	Dor abdominal	1	2	3	4	5
7	Distensão abdominal	1	2	3	4	5
8	Azia	1	2	3	4	5
9	Inapetência	1	2	3	4	5

Nº	INESPECÍFICOS	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
10	Alopecia	1	2	3	4	5
11	Ansiedade	1	2	3	4	5
12	Enxaqueca/Cefaleia	1	2	3	4	5
13	Depressão	1	2	3	4	5
14	Fadiga	1	2	3	4	5
15	Irritabilidade	1	2	3	4	5
16	Perda de peso não intencional, inesperada e/ou repentina	1	2	3	4	5
17	Neuropatia periférica	1	2	3	4	5
18	Mialgias	1	2	3	4	5
19	Artralgias	1	2	3	4	5
20	Dermatite herpetiforme	1	2	3	4	5
21	Estomatite aftosa	1	2	3	4	5

2 – ATIVIDADES COTIDIANAS

QUESTÕES	SIM	NÃO
Você observa que a quantidade de atividades e/ou compromissos no seu dia a dia dificulta a realização e/ou controle do tratamento da DC?		
Em caso afirmativo, quais as atividades? () Familiares () Domiciliares () Ocupacionais () Sociais () Religiosas		

3 – OBSTÁCULOS DIÁRIOS PARA DIETA LIVRE DE GLÚTEN

QUESTÕES	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
1. A ambiguidade na rotulagem dos alimentos e/ou não inserção de nome de alergênicos nos rótulos é (são) obstáculos para DLG?	1	2	3	4
2. O sabor e/ou a aparência dos alimentos sem glúten é (são) obstáculos para DLG?	1	2	3	4
3. A necessidade de um maior tempo para o preparo dos alimentos sem glúten é obstáculo para uma DLG?	1	2	3	4
4. A restrição da comercialização dificulta sua adesão à DLG?	1	2	3	4
5. Os produtos sem glúten por serem mais caros, dificultam sua aquisição de alimentos sem glúten?	1	2	3	4
6. Eu manuseio, preparo e compartilho refeições em ambientes (ex.: mesas, bancadas, etc.) e com insumos (ex.: geleia, margarina, manteiga, maionese, requeijão, temperos, etc.) que são contaminados por glúten.	1	2	3	4

ANSIEDADE

Inventário Beck de Ansiedade (CUNHA, 2001).

INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE	Ausente	<u>Suave</u> , não me incomoda muito	<u>Moderado</u> , é desagradável, mas consigo suportar	<u>Severo</u> , quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensações de calor	0	1	2	3

3. Tremor nas pernas	0	1	2	3
INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE	Ausente	<u>Suave</u>, não me incomoda muito	<u>Moderado</u>, é desagradável, mas consigo suportar	<u>Severo</u>, quase não consigo suportar
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo de acontecimentos ruins	0	1	2	3
6. Confuso ou delirante	0	1	2	3
7. Coração batendo forte e rápido	0	1	2	3
8. Inseguro (a)	0	1	2	3
9. Apavorado (a)	0	1	2	3
10. Nervoso (a)	0	1	2	3
11. Sensação de sufocamento	0	1	2	3
12. Tremor nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo (a)	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado (a)	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto abdominal	0	1	2	3
19. Desmaios	0	1	2	3
20. Rubor facial	0	1	2	3
21. Sudorese (não devido ao calor)	0	1	2	3

DEPRESSÃO

Inventário Beck de Depressão (CAMPOS; GONÇALVES, 2011).

INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO
1. () 0 = Não me sinto triste () 1 = Eu me sinto triste () 2 = Estou sempre triste e não consigo sair disto () 3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2. () 0 = Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro () 1 = Eu me sinto desanimado quanto ao futuro () 2 = Acho que nada tenho a esperar () 3 = Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3. () 0 = Não me sinto um fracasso () 1 = Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

<p>() 2 = Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>() 3 = Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>
<p>4. () 0 = Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>() 1 = Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>() 2 = Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>() 3 = Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>
<p>5. () 0 = Não me sinto especialmente culpado</p> <p>() 1 = Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>() 2 = Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>() 3 = Eu me sinto sempre culpado</p>
<p>6. () 0 = Não acho que esteja sendo punido</p> <p>() 1 = Acho que posso ser punido</p> <p>() 2 = Creio que vou ser punido</p> <p>() 3 = Acho que estou sendo punido</p>
<p>7. () 0 = Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>() 1 = Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>() 2 = Estou enojado de mim</p> <p>() 3 = Eu me odeio</p>
<p>8. () 0 = Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>() 1 = Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>() 2 = Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>() 3 = Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
<p>9. () 0 = Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>() 1 = Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>() 2 = Gostaria de me matar</p> <p>() 3 = Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
<p>10. () 0 = Não choro mais que o habitual</p> <p>() 1 = Choro mais agora do que costumava</p> <p>() 2 = Agora, choro o tempo todo</p> <p>() 3 = Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
<p>11. () 0 = Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>() 1 = Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>() 2 = Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>() 3 = Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
<p>12. () 0 = Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>() 1 = Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>() 2 = Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>() 3 = Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
<p>13. () 0 = Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>() 1 = Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>() 2 = Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>() 3 = Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>
<p>14. () 0 = Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>() 1 = Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>() 2 = Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>() 3 = Acredito que pareço feio</p>
<p>15. () 0 = Posso trabalhar tão bem quanto antes</p>

<input type="checkbox"/> 1 = É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa <input type="checkbox"/> 2 = Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa <input type="checkbox"/> 3 = Não consigo mais fazer qualquer trabalho
16. <input type="checkbox"/> 0 = Consigo dormir tão bem como o habitual <input type="checkbox"/> 1 = Não durmo tão bem como costumava <input type="checkbox"/> 2 = Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir <input type="checkbox"/> 3 = Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
17. <input type="checkbox"/> 0 = Não fico mais cansado do que o habitual <input type="checkbox"/> 1 = Fico cansado mais facilmente do que costumava <input type="checkbox"/> 2 = Fico cansado em fazer qualquer coisa <input type="checkbox"/> 3 = Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
18. <input type="checkbox"/> 0 = O meu apetite não está pior do que o habitual <input type="checkbox"/> 1 = Meu apetite não é tão bom como costumava ser <input type="checkbox"/> 2 = Meu apetite é muito pior agora <input type="checkbox"/> 3 = Absolutamente não tenho mais apetite
19. <input type="checkbox"/> 0 = Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente <input type="checkbox"/> 1 = Perdi mais do que 2 quilos e meio <input type="checkbox"/> 2 = Perdi mais do que 5 quilos <input type="checkbox"/> 3 = Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20. <input type="checkbox"/> 0 = Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual <input type="checkbox"/> 1 = Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação <input type="checkbox"/> 2 = Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa <input type="checkbox"/> 3 = Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21. <input type="checkbox"/> 0 = Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo <input type="checkbox"/> 1 = Estou menos interessado por sexo do que costumava <input type="checkbox"/> 2 = Estou muito menos interessado por sexo agora <input type="checkbox"/> 3 = Perdi completamente o interesse por sexo

IMPRESSÕES DO EXAMINADOR:

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
CELÍACOS DA ACELBRA**

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado (a) por **Cristina Costa Bessa**, mestrande do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), e pelos alunos **Leonardo Alexandrino da Silva, Jorgiana Cavalcanti dos Santos e Patricia Fernandes Chaves**, a participar da pesquisa intitulada “Validação clínica dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Controle Ineficaz da Saúde em indivíduos com doença celíaca”, sob orientação da Dra. **Nirla Gomes Guedes**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa tem por finalidade identificar quais os motivos que influenciam no controle da sua saúde em relação à doença celíaca. Para tanto, é necessário avaliar os celíacos cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil – Ceará (ACELBRA-CE). Por isso precisamos da sua autorização para coleta de dados de identificação, seu estado de saúde e fatores que possivelmente possam prejudicar o controle da sua condição de indivíduo celíaco.

A entrevista e a avaliação do (a) senhor (a) acontecerá em aproximadamente 40 minutos. A sua participação não terá gastos, assim como você não será pago pela participação. Ressalta-se que as informações coletadas somente serão utilizadas para a realização do nosso estudo e, também garantimos que a qualquer momento o senhor (a) terá acesso às informações sobre as avaliações e benefícios relacionados à pesquisa, assim como o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Salientamos que apesar dessa pesquisa não ter a necessidade de realização de procedimentos, ela pode trazer riscos mínimos, por existir a possibilidade do senhor(a) se sentir desconfortável por causa de algumas perguntas, testes e duração da entrevista. Em contrapartida, acredita-se que os resultados desse estudo contribuirão para que profissionais de saúde possam identificar com mais segurança sinais e sintomas de descontrole da saúde, bem como suas causas e, assim, criem intervenções específicas para cada celíaco.

Informamos que a sua autorização no presente estudo poderá ser retirada a qualquer momento, sendo reservado o direito de não aceitar participar por qualquer razão, sem qualquer prejuízo. Garantimos que, ao apresentarmos dados desse trabalho à comunidade científica, o (a) senhor (a) não será identificado pelo nome e não será prestado nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Será entregue ao (a) senhor (a) uma via deste termo de esclarecimento, o qual comprovará sua participação na pesquisa. Ressalta-se que as informações do estudo serão coletadas por mim e pelos três alunos acima citados, do curso de Enfermagem da UFC.

Informo que estamos disponíveis, através dos contatos abaixo relacionados, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir:

Nome: Cristina Costa Bessa

Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo

E-mail para contato: tinabessa@hotmail.com

Telefones: (85) 99935-5192 / 98674-5480

Nome: Leonardo Alexandrino da Silva
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: alexandeinoleo@hotmail.com

Nome: Jorgiana Cavalcanti dos Santos
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: jorgiana-cavalcantii@hotmail.com

Nome: Patricia Fernandes Chaves
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: patricia.chaves.chaves.84@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, _____ anos,
RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante dessa pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

Participante

Cristina Costa Bessa
Pesquisadora Principal

Jorgiana Cavalcanti dos Santos
Bolsista de Iniciação Científica

Leonardo Alexandrino da Silva
Bolsista de Iniciação Científica

Patricia Fernandes Chaves
Bolsista de Iniciação Científica

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
CELÍACOS EM GERAL**

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado (a) por **Cristina Costa Bessa**, mestranda do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), e pelos alunos **Leonardo Alexandrino da Silva, Jorgiana Cavalcanti dos Santos e Patricia Fernandes Chaves**, a participar da pesquisa intitulada “Validação clínica dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Controle Ineficaz da Saúde em indivíduos com doença celíaca”, sob orientação da Dra. **Nirla Gomes Guedes**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa tem por finalidade identificar quais os motivos que influenciam no controle da sua saúde em relação à doença celíaca. Para isso, é necessário avaliar indivíduos celíacos e, por isso, precisamos da sua autorização para coleta de dados de identificação, seu estado de saúde e fatores que possivelmente possam prejudicar o controle da sua condição de indivíduo celíaco.

A entrevista e a avaliação do (a) senhor (a) acontecerá em aproximadamente 40 minutos. A sua participação não terá gastos, assim como você não será pago pela participação. Ressalta-se que as informações coletadas somente serão utilizadas para a realização do nosso estudo e, também garantimos que a qualquer momento o senhor (a) terá acesso às informações sobre as avaliações e benefícios relacionados à pesquisa, assim como o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Salientamos que apesar dessa pesquisa não ter a necessidade de realização de procedimentos, ela pode trazer riscos mínimos, por existir a possibilidade do senhor(a) se sentir desconfortável por causa de algumas perguntas, testes e duração da entrevista. Em contrapartida, acredita-se que os resultados desse estudo contribuirão para que profissionais de saúde possam identificar com mais segurança sinais e sintomas de descontrole da saúde, bem como suas causas e, assim, criem intervenções específicas para cada celíaco.

Informamos que a sua autorização no presente estudo poderá ser retirada a qualquer momento, sendo reservado o direito de não aceitar participar por qualquer razão, sem qualquer prejuízo. Garantimos que, ao apresentarmos dados desse trabalho à comunidade científica, o (a) senhor (a) não será identificado pelo nome e não será prestado nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Será entregue ao (a) senhor (a) uma via deste termo de esclarecimento, o qual comprovará sua participação na pesquisa. Ressalta-se que as informações do estudo serão coletadas por mim e pelos três alunos acima citados, do curso de Enfermagem da UFC.

Informo que estamos disponíveis, através dos contatos abaixo relacionados, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir:

Nome: Cristina Costa Bessa

Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo

E-mail para contato: tinabessa@hotmail.com

Telefones: (85) 99935-5192 / 98674-5480

Nome: Leonardo Alexandrino da Silva
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: alexandeinoleo@hotmail.com

Nome: Jorgiana Cavalcanti dos Santos
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: jorgiana-cavalcantii@hotmail.com

Nome: Patricia Fernandes Chaves
Instituição: Departamento de Enfermagem da UFC
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
E-mail para contato: patricia.chaves.chaves.84@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, _____ anos,
RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante dessa pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

Participante

Cristina Costa Bessa
Pesquisadora Principal

Jorgiana Cavalcanti dos Santos
Bolsista de Iniciação Científica

Leonardo Alexandrino da Silva
Bolsista de Iniciação Científica

Patricia Fernandes Chaves
Bolsista de Iniciação Científica

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO
DA PESQUISA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA**

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL – CEARÁ (ACELBRA-CE) contém toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada **"VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS FATORES RELACIONADOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA"** a ser realizada pela pesquisadora CRISTINA COSTA BESSA.

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2017.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Presidente da ACELBRA-CE

...Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro...
Presidente
ACELBRA-CE - Associação dos Celíacos do Brasil
CNPJ: 04.918.207/0001-00

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO CLÍNICA DOS FATORES RELACIONADOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA CELÍACA

Pesquisador: CRISTINA COSTA BESSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65088217.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.004.292

Apresentação do Projeto:

O projeto ora avaliado se refere à uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFC, contemplando o tema diagnósticos de Enfermagem em pessoas com doença celíaca. Tem por finalidade validar clinicamente os fatores relacionados (FR) do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Controle ineficaz da saúde (00078) em indivíduos celíacos. A introdução enfoca conceito de doença celíaca, contexto epidemiológico nacional e internacional, formas clínicas e aspectos do tratamento. Explicita o diagnóstico de Enfermagem a ser estudado - Controle ineficaz da saúde da classificação NANDA-I (NANDA Internacional). Objetivos claros e coerentes com a proposta metodológica. Texto claro. Aspectos éticos presentes no texto.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Geral

Validar clinicamente os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz da saúde em indivíduos com doença celíaca

Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência do diagnóstico Controle ineficaz da saúde em indivíduos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br