



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**MONOGRAFIA**

**DÉBORA CLEMENTE PAES**

**DEPRESSÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE APRESENTAM**  
**SINTOMAS DE ANSIEDADE**

**FORTALEZA**

**2022**

DÉBORA CLEMENTE PAES

**DEPRESSÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE APRESENTAM  
SINTOMAS DE ANSIEDADE**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Graduada em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Fortaleza  
2022

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)

---

P143dPaes, Débora Clemente.

Depressão em pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de  
ansiedade / Débora Clemente Paes. – 2022.

47 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem,  
Fortaleza, 2022. Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

1. DEPRESSÃO. 2. HIV. 3. ANSIEDADE. I. Título.

CDD 610.73

---

DÉBORA CLEMENTE PAES

**DEPRESSÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE APRESENTAM  
SINTOMAS DE ANSIEDADE**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Graduada em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Aprovada em 11 / 08 / 2022

Banca examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Odaleia de Oliveira Farias (Mestra)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Juliana Cunha Maia (Mestra)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

Fortaleza  
2022

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Ivonilde, por todo esforço para que eu conseguisse estudar e chegar até o curso de graduação em Enfermagem, por ser uma mulher inspiradora e com a maior força que eu já conheci na vida. É um privilégio ter alguém que eu possa contar sempre e que me inspire em tudo que eu faço na vida.

A minhas tia e prima, Ivonete e Cybelle, por sempre estarem ao meu lado, por acreditarem em mim em todos os momentos e por me fazerem acreditar que eu poderia ir além. Com vocês eu aprendi o significado de família, de um amor imensurável, e com certeza ganhei da vida mais uma mãe e de brinde uma irmã maravilhosa.

Ao Paulo, por todo amor e cuidado, sem ele esse trabalho não seria possível, em todos os momentos ele esteve ao meu lado, durante as lágrimas e as pequenas alegrias desse processo. Só tenho a agradecer por ter uma pessoa tão extraordinária ao meu lado.

As minhas sobrinhas, Sophia e Helena, desde o dia que eu as vi pela primeira vez que eu tive a certeza que eu faria o possível para ser o melhor por elas. Não importa o quão difícil esteja a vida, elas renovam todas forças e alegrias. Amo vocês, pequenas.

As minhas melhores amigas, Jessilane e Natália, por estarem sempre ao meu lado, minhas irmãs que me fazem acreditar em sorte. Eu tenho muita sorte de ter vocês, por me acompanharem nessa vida e por me ensinarem sempre sobre o que é ser amigo.

Aos meus amigos que conheci na faculdade e que hoje são tão especiais na minha vida, Nycolle, Thalia e Jardel, eles foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Só tenho a agradecer pelos momentos de estudos, risadas e por crescer ao lado de vocês nessa caminhada tão árdua que é a graduação.

A professora Marli, minha orientadora, por me acolher tão bem no Neaids desde o primeiro dia de aula da graduação, por me dar a oportunidade de iniciar na pesquisa como bolsista e pelas longas conversas que ultrapassaram as orientações e levaram aprendizados para vida.

A Odaleia, por me orientar e por participar da banca avaliadora, por me ajudar em todas as etapas desse trabalho, e não somente nesse, mas em vários outros trabalhos e desafios que me fizeram aprender muito.

A Juliana, por aceitar participar da banca avaliadora, mas também por todos os momentos que compartilhamos durante essa pesquisa, por todos os momentos de orientação, e por sempre se preocupar comigo e ter sempre palavras de carinho e afeto.

Ao Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NEAIDS) e todos os integrantes que já passaram por esse núcleo durante os anos, por tantas reuniões de pesquisa, momentos de alegria e de apoio, sempre compartilhando conhecimento e amor pela pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento deste estudo.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento deste estudo.

## RESUMO

A saúde das pessoas vivendo com HIV é influenciada por fatores físicos, sociais e psicológicos. Dentre esses últimos, destaca-se a depressão e a ansiedade, em virtude do impacto gerado em diversas dimensões da vida dessa população. Essas condições podem se manifestar de forma isolada, mas, frequentemente, se apresentam concomitantemente, agravando o prognóstico dos indivíduos. Deste modo, objetivou-se analisar os níveis de depressão em pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de ansiedade. O tipo de estudo foi transversal, analítico, de abordagem quantitativa. Os critérios de inclusão foram pessoas vivendo com HIV acompanhadas em um Serviço de Atenção Especializada em HIV, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Utilizou-se a amostragem por conveniência e os dados foram coletados mediante entrevista. A análise foi implementada por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software* SPSS, versão 28.0.1. Foram consideradas significativas associações nos quais os valores de P foram inferiores a 5%. Como resultado observou-se que entre os 35 participantes, a faixa etária mais prevalente foi >24 anos (85,7%), sendo a maioria do sexo masculino (77,1%), não heterossexuais (68,6%), cisgênero (88,6%), pretos e pardos (88,6%). A maioria relatou renda maior ou igual a meio salário mínimo (60,6%), não ter crença religiosa (71,4%) e escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudo (82,2%). Em relação a classificação da ansiedade, prevaleceu a ansiedade elevada (74,3%), seguido de ansiedade moderada (15,7%). A depressão moderada em conjunto com a depressão severa reuniu o maior quantitativo (51,4%), ao passo que a depressão mínima e leve apresentou o menor (48,6%). Quando associada aos dados sociodemográficos e à ansiedade, a depressão se apresentou significativamente relacionada às variáveis idade ( $p=0,045$ ), escolaridade ( $p=0,042$ ) e ansiedade ( $p<0,001$ ). Compreende-se, deste modo, que os níveis de depressão em pessoas vivendo com HIV são influenciados por características sociais desses indivíduos, como faixa etária e escolarização, bem como pela gravidade dos sintomas de ansiedade relatados. Portanto, pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de ansiedade sofrem sinergicamente com níveis de depressão entre moderada e grave. Assim, sugere-se o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas às comorbidades de saúde mental nesta população.

**Palavras-chave:** Depressão; HIV; Ansiedade.

## ABSTRACT

The health of people living with HIV is influenced by physical, social and psychological factors. Among the latter are depression and anxiety, due to the impact on diverse dimensions of life in this population. These conditions can be manifested in isolation, but often they are presented concomitantly, worsening individual prognosis. Thus, the objective of this study was to analyze the levels of depression in people living with HIV who present symptoms of anxiety. The type of study was cross-sectional, quantitative and analytical. Inclusion criteria included: people living with HIV who were patients in a Specialized HIV Care Service in Fortaleza, Ceará, Brazil. The analysis was designed using the SPSS software, version 28.0.1. The results are displayed in the form of descriptive and inferential statistics. The results were considered significant when p values were lower than 5%. It was observed that among the 35 participants, the most prevalent age group was >24 years (85.7%), with the majority being male (77.1%), non-heterosexual (68.6%), cisgender (88.6%), blacks(88.6%). 60.4% higher income than the minimum wage, 12 or more years of education(60.2%). Regarding the classification of Anxiety symptoms, 74.3% presented with high levels while 15.7% with moderate anxiety. The majority of participants also presented with moderate to high levels of depression(51.4%). When associated with sociodemographic data and anxiety, depression presented a significant relationship to the variables age ( $p=0.045$ ), education ( $p=0.042$ ) and anxiety ( $p<0.001$ ). Therefore, people living with HIV show symptoms of anxiety synergistically with levels of depression between moderate and severe. Thus, we suggest the development of health actions aimed at mental health comorbidities in this population.

**Keywords:** depression; HIV; anxiety

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização da população quanto a variáveis sociodemográficas e ansiedade.....        | 10 |
| Tabela 2 – Classificação do score de ansiedade.....   | 11 |
| Tabela 3 – Análise depressão.....   | 12 |
| Tabela 4 – Análise da associação entre variáveis sociodemográficas e ansiedade com a depressão..... | 13 |



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IDB – Inventário de Depressão de Beck

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

PVHIV – Pessoas vivendo com HIV

SAE – Serviço de Assistência Especializada

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## SUMÁRIO

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>             | <b>3</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>              | <b>6</b>  |
| <b>2.2 Objetivo Geral.....</b>        | <b>6</b>  |
| <b>2.2 Objetivos específicos.....</b> | <b>6</b>  |
| <b>3. METODOLOGIA.....</b>            | <b>7</b>  |
| <b>3.1 Tipo de estudo.....</b>        | <b>7</b>  |
| <b>3.2 Participantes.....</b>         | <b>7</b>  |
| <b>3.3 Local do estudo.....</b>       | <b>7</b>  |
| <b>3.4 Coleta de dados.....</b>       | <b>8</b>  |
| <b>3.5 Análise de dados.....</b>      | <b>9</b>  |
| <b>3.6 Aspectos éticos.....</b>       | <b>9</b>  |
| <b>4. RESULTADOS.....</b>             | <b>10</b> |
| <b>5. DISCUSSÃO.....</b>              | <b>14</b> |
| <b>6. CONCLUSÃO.....</b>              | <b>18</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>               | <b>19</b> |
| <b>APÊNDICE.....</b>                  | <b>23</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                    | <b>26</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV é considerada um problema de saúde pública mundial, com mais de 33 milhões de mortes até o momento. O avanço da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) continua sendo um desafio, devido a diversos fatores, como estigma, preconceito, complexidade clínica e doenças oportunistas, além da epidemia apresentar-se multifacetada e de difícil controle (CHAMRATRITHIRONG et al., 2017). No entanto, com o aumento da prevenção, diagnóstico e tratamento, inclusive para infecções oportunistas, a infecção pelo HIV tornou-se uma condição de saúde crônica, permitindo que pessoas vivendo com HIV (PVHIV) tenham maior expectativa de vida.

Estima-se que havia 37,7 milhões de PVHIV no mundo em 2020, destes, aproximadamente 28,2 milhões tinham acesso à Terapia Antirretroviral (TARV). No mesmo ano, a estimativa é que 36 milhões fossem de adultos, sendo 53% mulheres e meninas, que configuram 50% das novas infecções pelo HIV (UNAIDS, 2020).

No Brasil, estima-se que existem 920 mil PVHIV. Desse valor, 89% já foram diagnosticadas e 77% fazem uso da TARV. Das que estão em tratamento, 94% estão indetectáveis, portanto, não estão transmitindo. No entanto, é válido ressaltar que, em 2019, o país apresentava uma taxa de 4,1 de mortes por 100 mil habitantes em decorrência da aids. (UNAIDS,2020)

Em relação ao número de óbitos, em 2020, cerca de 680 mil pessoas morreram de doenças relacionadas à aids no mundo, em comparação com o ano de 2010, que houveram 1,9 milhão de mortes, houve uma queda considerável no período de uma década. As mortes relacionadas à aids foram reduzidas em 64% desde o pico no ano de 2004 e em 47% desde o ano de 2010. Diminuindo em 53% em se tratando de mulheres e meninas e 41% entre homens e meninos desde 2010. (UNAIDS,2020)

É inegável que a TARV, apesar de não representar a cura, permite que se torne mais lento o curso da doença. A adesão ao tratamento inibe a replicação viral, melhora o sistema imunológico e reduz o risco de infecção por doenças oportunistas, além de aumentar a sobrevivência dessa população. A adesão inadequada ou a não adesão são as causas mais recorrentes para falha no tratamento, o uso de doses inadequadas ou de forma irregular acelera o processo de seleção de cepas virais resistentes, ameaçando a efetividade do tratamento individual e disseminação do vírus de resistência. Em relação à adesão e acesso à TARV, em

julho de 2021, 28,2 milhões de PVHIV tinham acesso à TARV, no ano de 2010 somente 7,8 milhões tinham esse acesso. (UNAIDS,2020)

A melhora clínica advinda do tratamento farmacológico é evidente, no entanto, PVHIV constantemente relatam grande sofrimento emocional que interfere diretamente em suas condições de saúde e de qualidade de vida (TAIBI *et al.*, 2013). Dentre os fatores que ocasionam esse desgaste emocional, destaca-se a cronicidade da doença, os efeitos adversos da TARV, além de lidar com situações de discriminação e preconceito (COUTINHO *et al.*, 2018). Dessa maneira, ansiedade, depressão, baixa autoestima e isolamento social acabam sendo comuns em pessoas vivendo com HIV (CALIARI *et al.*, 2017)

A depressão é um transtorno de humor caracterizado por uma série de sintomas. Destacando-se o sentimento de tristeza profunda, apatia, perda de interesse nas atividades, lentidão ou agitação motora, além de queixas como insônia, fadiga e transtornos alimentares. Dessa forma, uma pessoa com depressão apresenta níveis elevados de sofrimentos e comprometimento de suas funções (BAPTISTA *et al.*, 2016). Geralmente, pacientes com doenças crônicas apresentam inúmeras limitações que afetam toda a sua esfera social, sendo mais propensos a desenvolver depressão quando comparado a população saudável (BOING *et al.*, 2012).

No que se refere a depressão em PVHIV, é o transtorno psiquiátrico que mais afeta essa população (UTHMAN *et al.*,2014). Está associada a piora na adesão ao tratamento, nos resultados terapêuticos e nos comportamentos de risco, além de afetar as relações sociais (SIN *et al.*, 2014). Dentre os fatores que podem vir a desencadear a depressão em PVHIV, está a inexistência da cura para o HIV, os desafios de conviver com uma condição crônica, falta de controle sobre o futuro, e a vivência ou receio de sofrer preconceito de discriminação (COUTINHO). Em consequência, muitas PVHIV acabam se isolando por medo de rejeição, com dificuldade em iniciar novas relações afetivas e sexuais. É válido ressaltar que a depressão também pode favorecer a progressão do HIV, reduzindo a imunidade, com diminuição dos linfócitos T CD4+, aumentando dessa forma infecções oportunistas e a mortalidade (FREITAS *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2016).

Já a ansiedade é uma condição crônica incapacitante (BAXTER *et al.*,2014), caracterizada por sentimento de preocupação excessiva, associada a aumento de tensão. O indivíduo com ansiedade normalmente tem um excesso de irritação, além de sintomas físicos, como fadiga, tensão muscular e inquietação. Essas questões prejudicam diretamente no trabalho, nas relações sociais e na qualidade de vida (DESHMUKH *et al* 2017). Estudos demonstram que há mais

prevalência em indivíduos com doenças crônicas, enquanto apresentam números menores entre pessoas saudáveis, tendo prevalência de 64%, enquanto o público geral 19%. (SILVA et al 2015).

Ficando atrás apenas da depressão, a ansiedade é um dos transtornos que mais afetam PVHIV (BRASIL,2018). Quando comparado com a população geral, cerca de 5,8% dos indivíduos adultos desenvolvem depressão, sendo que 9,3% possuem ansiedade. Quando falamos de PVHIV, estima-se que 50% possuem ao menos um episódio depressivo ao longo da vida e que cerca de 40% são diagnosticados com transtornos ansiosos (BRASIL,2018). Sabe-se que os sintomas ansiosos afetam a adesão à TARV, levando ao aumento da replicação viral e queda dos linfócitos T CD4+ (NOGUEIRA,2019).

Nesse contexto, essa temática torna-se relevante para enfermagem, que trabalha diretamente na assistência de pessoas vivendo com HIV, com o objetivo de compreender a depressão e ansiedade nesses indivíduos, uma vez que é fundamental considerar os aspectos psicológicos no tratamento dessa população, avaliando as questões que influenciam na saúde mental, favorecendo um cuidado específico para prevenção e promoção da saúde, contribuindo dessa forma para uma melhor qualidade de vida e bem estar (PATRÍCIO *et al.*, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, nota-se que a saúde das PVHIV pode ser influenciada por fatores diversos, físicos e psicológicos, dentre eles a depressão e a ansiedade, que pode afetar inúmeros setores na vida dessa população, como autopercepção, aspectos sociais, econômicos e qualidade do tratamento. Em vista disso, faz-se necessário a avaliação da depressão em PVHIV com sintomas de ansiedade, uma vez que essas questões estão afetando diretamente essa população, inclusive a adesão à TARV, que é fundamental na melhora clínica. Nota-se que existem poucos estudos na literatura nacional que abordem a temática em questão, portanto, pesquisas que se referem sobre depressão e ansiedade focadas em PVHIV são relevantes para melhora no atendimento dessa população. Dessa forma, acredita-se que este estudo contribuirá para o conhecimento sobre depressão e ansiedade de PVHIV, além de servir de subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções que busquem melhorar a saúde mental desse público, aumentando a qualidade de vida. Diante do contexto abordado elaborou-se a seguinte questão: Quais os níveis de depressão em pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de ansiedade?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.2 Objetivo Geral**

- Analisar os níveis de depressão em pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de ansiedade.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as características sociodemográficas de PVHIV que apresentam sintomas de ansiedade;
- Classificar os níveis de ansiedade dos participantes do estudo;
- Identificar os níveis de depressão dos participantes do estudo;
- Averiguar a relação entre depressão e as características sociodemográficas das PVHIV que sofrem com sintomas de ansiedade;
- Relacionar a ansiedade e a depressão na população estudada.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa, no qual irá utilizar dados secundários de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR). Esse modelo de pesquisa permite um recorte dos problemas de saúde em um determinado momento, visando observar, descrever e registrar as características de uma variável ou fenômeno específico ocorrido em uma população. Um estudo quantitativo é aquele que trabalha com variáveis expressas em forma de dados numéricos, utilizando técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los (FONTELLES *et al.*, 2009).

#### **3.2 Local do estudo e período**

O estudo será desenvolvido no ano de 2022 em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os SAEs são estratégias do Sistema Único de Saúde, de caráter ambulatorial, com o objetivo de garantir a atenção integral às pessoas vivendo com IST/HIV (BRASIL, 2013). O local do estudo será em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Secretaria Regional I de Fortaleza. Em janeiro de 2022, esse serviço acompanhava aproximadamente 1.640 pessoas que vivem com HIV/Aids.

#### **3.3 População e amostra**

O público-alvo para o estudo são pessoas que vivem com HIV/Aids acompanhadas na SAE de uma Unidade de Atenção Básica à Saúde. Será utilizada amostragem por conveniência, ou seja, os participantes serão recrutados pela pesquisadora através de convites verbais, cartazes espalhados na unidade de saúde e publicações em redes sociais. Após a explicação e esclarecimento sobre o objetivo do estudo, inicia-se a entrevista.

Os critérios de inclusão serão: (a) pessoas com 18 anos ou mais; (b) acompanhados no SAE Carlos Ribeiro; (c) com sorologia positiva para HIV e (d) pontuação maior ou igual a 35 (ansiedade de moderada a muito elevada) no Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977). Os participantes serão incluídos independente da presença de transtorno de ansiedade diagnosticado previamente à pesquisa ou de tratamento farmacológico.

Os critérios de exclusão serão: (a) indivíduos com diagnóstico médico de transtornos que comprometam a capacidade de coleta das variáveis de interesse necessárias ao estudo, verificado no prontuário.

### 3.4 Coleta dos dados

Os dados serão coletados por 2 pesquisadoras, em um consultório privativo, mediante treinamento prévio. Após a abordagem inicial e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), será aplicado o primeiro questionário - Inventário de Ansiedade Traço-Estado, e caso o participante atinja a pontuação necessária, os pesquisadores irão realizar uma entrevista semiestruturada com a aplicação de instrumentos de coleta de dados. O participante do estudo terá a oportunidade de tirar dúvidas sobre sua condição de saúde e doença.

### 3.5 Instrumentos de coleta de dados

Serão utilizados três instrumentos na pesquisa, expostos a seguir:

#### 3.5.1 *Formulário de Caracterização Sociodemográfica para Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA)*

O Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas com HIV/aids (ANEXO C), foi testado e validado por estudos anteriores (COSTA, 2018; DA CUNHA; GALVÃO, 2011; SANTOS, 2015), e as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Identidade de gênero; Cor (autoinformada); Escolaridade, Situação ocupacional; Renda *per capita*; Orientação sexual; Crença religiosa; e Tempo do diagnóstico de HIV;

#### 3.5.2 *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*

Para mensurar a ansiedade foi utilizado o **Inventário de Ansiedade Traço e Estado** (IDATE) (ANEXO B), elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e traduzido e validado para o Brasil (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). Esse questionário é composto por 40 afirmações, sendo 20 para a avaliação da ansiedade como traço e 20 para a avaliação da ansiedade como estado. As duas subescalas são constituídas por afirmações cuja intensidade das respostas varia de um a quatro pontos, e o somatório classifica o indivíduo de acordo com seu escore de ansiedade da seguinte forma: baixo (de 20 a 34 pontos), moderado (35 a 49), elevado (50 a 64) e muito elevado (65 a 80) (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). Valores para cada escala, separadamente.

#### 3.5.2 *Inventário de Depressão de Beck*

Para mensurar a depressão foi usado o Inventário de Depressão de Beck (IDB-II) (ANEXO D). O Inventário de Depressão de Beck - BDI foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). Trata-se de uma escala de auto-relato, para



levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (Beck & Steer, 1993; Rosa, Malandrin, Leite & Silva, 1986).

### **3.6 Análise de dados**

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados utilizando o software SPSS, versão 28.0.1.0.1. A análise descritiva foi composta por frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (médias, medianas) e medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo), quando aplicáveis. Na sequência, os níveis de depressão foram associados às características sociodemográficas e aos níveis de ansiedade. Para análise da associação foram utilizados os teste de Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher (quando as frequências esperadas eram menores que 5). Foram considerados significativos valores de P menores que 5% (0,05).

### **3.7 Aspectos éticos**

Todas as informações relacionadas ao estudo serão oferecidas aos participantes no momento do recrutamento e estarão contidas também nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo as recomendações estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde da qual trás os preceitos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos obedecendo os preceitos da justiça, beneficência, autonomia e não-maleficência. (BRASIL,2012)

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Auriculoterapia no manejo dos sintomas de ansiedade em pessoas vivendo com HIV: Ensaio Clínico Randomizado”, sendo o mesmo já submetido a avaliação do Comitê de Ética em pesquisa e aprovado sob o parecer nº 4.340.028.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínico-epidemiológica das pessoas vivendo com HIV/aids

Ao todo, 35 PVHIV participaram do estudo. Na Tabela 1, encontra-se a descrição das variáveis sociodemográficas da pesquisa. A faixa etária mais prevalente foi maior que 24 anos (85,7%), sendo a maioria dos participantes do sexo masculino (77,1%), não heterossexuais (68,6%), cisgênero (88,6%), pretos e pardos (88,6%), com renda (68,6%), sendo a maioria menor ou igual a meio salário mínimo (60,6%), sem crença religiosa (71,4%) e apresentavam escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudo (82,2%). Em relação a classificação da ansiedade, a maioria apresentou ansiedade elevada (74,3%), seguido de ansiedade moderada (15,7%).

**Tabela 1.** Caracterização da população quanto a variáveis sociodemográficas e ansiedade.

| Variáveis                   | N (%)     |
|-----------------------------|-----------|
| <b>Sexo</b>                 |           |
| Masculino                   | 27 (77,1) |
| Feminino                    | 8 (22,9)  |
| <b>Idade</b>                |           |
| <=24 anos                   | 5 (14,3)  |
| >24 anos                    | 30 (85,7) |
| <b>Identidade de gênero</b> |           |
| Cisgênero                   | 31 (88,6) |
| Outro não cisgênero         | 4 (11,4)  |
| <b>Raça</b>                 |           |
| Branco                      | 4 (11,4)  |
| Pretos e pardos             | 31 (88,6) |
| <b>Escolaridade</b>         |           |
| <12 anos                    | 4 (13,8)  |
| >= 12 anos                  | 25 (86,2) |
| <b>Crença religiosa</b>     |           |
| Sem crença                  | 10 (28,6) |
| Com crença                  | 25 (71,4) |

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| <b>Orientação sexual</b>       |           |
| Hetero                         | 11 (31,4) |
| Não hetero                     | 24 (68,6) |
| <b>Renda per capita</b>        |           |
| <= ½ salário                   | 20 (60,6) |
| > ½ salário                    | 13 (39,4) |
| <b>Classificação Ansiedade</b> |           |
| Ansiedade moderada             | 9 (25,7)  |
| Ansiedade elevada              | 26 (74,3) |

Fonte: desenvolvida pela autora

Na Tabela 2 contém os resultados do Inventário de Ansiedade Traço e Estado, que se refere a classificação do score de ansiedade, levando em conta o maior somatório das 2 sub escalas. Observa-se uma prevalência do nível elevado na escala da ansiedade traço (42,9%), assim como na escala de ansiedade (42,9%). Quando analisada a classificação geral da escala, a maioria dos participantes apresentavam níveis de ansiedade elevado a muito elevado (74,3%).

**Tabela 2.** Classificação do score de ansiedade.

| Variáveis                      | N (%)     |
|--------------------------------|-----------|
| <b>Ansiedade traço</b>         |           |
| Baixa                          | 2 (5,7)   |
| Moderada                       | 9 (25,7)  |
| Elevada                        | 15 (42,9) |
| Muito Elevado                  | 9 (25,7)  |
| <b>Ansiedade estado</b>        |           |
| Baixa                          | 6 (17,1)  |
| Moderada                       | 10 (28,6) |
| Elevada                        | 15 (42,9) |
| Muito elevada                  | 4 (11,4)  |
| <b>Classificação Ansiedade</b> |           |
| Ansiedade moderada             | 9 (25,7)  |
| Ansiedade elevada              | 26 (74,3) |

Fonte: desenvolvida pela autora

Na Tabela 3 estão os resultados da análise referente à classificação da escala de depressão, a Escala de Depressão de Beck. Observa-se que a depressão mínima e leve reúnem um quantitativo quase igual ao conjunto da depressão moderada e severa. Contudo, essas últimas chegam a representar 51,4% do total, o que indica que há prevalência de depressão moderada e severa no estudo realizado.

**Tabela 3.** Análise Depressão

| Variáveis        | N (%)     |
|------------------|-----------|
| <b>Depressão</b> |           |
| Mínima           | 12 (34,3) |
| Leve             | 5 (14,3)  |
| Moderada         | 7 (20,0)  |
| Severa           | 11 (31,4) |

Fonte: desenvolvida pela autora

Na Tabela 4 é possível observar a análise de associação entre os níveis de depressão, classificados dicotomicamente em mínima a leve e de moderada a severa, e as variáveis sociodemográficas e a ansiedade. Observou-se associação significativa entre os níveis de depressão e a idade ( $p=0,045$ ), escolaridade ( $p=0,042$ ) e a ansiedade ( $p<0.001$ ).

**Tabela 4.** Análise da associação entre variáveis sociodemográficas e ansiedade com a depressão

| Variáveis                   | Depressão     |                   | Valor de P    |
|-----------------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                             | Mínima a leve | Moderada a severa |               |
| <b>Sexo</b>                 |               |                   |               |
| Masculino                   | 12            | 15                | 0,443*        |
| Feminino                    | 5             | 3                 |               |
| <b>Idade</b>                |               |                   |               |
| <=24 anos                   | 0             | 5                 | <b>0,045*</b> |
| >24 anos                    | 17            | 13                |               |
| <b>Identidade de gênero</b> |               |                   |               |
| Cisgênero                   | 14            | 17                | 0,338*        |
| Outra não cisgênero         | 3             | 1                 |               |
| <b>Raça</b>                 |               |                   |               |
| Branco                      | 1             | 3                 | 0,603*        |
| Pretos e pardos             | 16            | 15                |               |
| <b>Escolaridade</b>         |               |                   |               |

|                                |    |    |                    |
|--------------------------------|----|----|--------------------|
| <12 anos                       | 4  | 0  | <b>0,042*</b>      |
| >= 12 anos                     | 10 | 15 |                    |
| <b>Renda</b>                   |    |    |                    |
| < 1/2 salário                  | 11 | 9  | 0,619 <sup>†</sup> |
| > 1/2 salário                  | 6  | 7  |                    |
| <b>Orientação sexual</b>       |    |    |                    |
| Heterossexual                  | 7  | 4  | 0,289*             |
| Não heterossexual              | 10 | 14 |                    |
| <b>Crença religiosa</b>        |    |    |                    |
| Sem crença                     | 5  | 5  | 1,000*             |
| Com crença                     | 12 | 13 |                    |
| <b>Classificação Ansiedade</b> |    |    |                    |
| Leve a moderada                | 9  | 0  | <b>&lt;0,001*</b>  |
| Elevada a muito elevada        | 8  | 18 |                    |

\* = Teste Qui-quadrado de Fisher. <sup>†</sup>=Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: desenvolvida pela autora

## 5 DISCUSSÃO

Sobre a predominância do sexo masculino entre os entrevistados, o fato corresponde ao que se tem como dados notificados no Brasil e vai ao encontro do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2018. No Nordeste do país, um estudo feito com N de 120 realizado em Hospital Referência em Doenças Infectocontagiosas, apresentou a marca de 65% dos indivíduos como sendo do sexo masculino. Da mesma forma uma pesquisa realizada no Paraná, região Sul, demonstrou que 60% dos 5.030 participantes eram do sexo masculino. Essa última traz a justificativa para dados como esses, na menor necessidade que homens sentem do uso de preservativo e aponta ainda maior possibilidade de infecção em mulheres (VILELA, BARBOSA, 2015). O HIV tem incidido com maior frequência em mulheres em idade fértil, crianças e gestantes de forma significativa nos últimos tempos, apesar da predominância evidente em indivíduos do sexo masculino.

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico de HIV e Aids a ocorrência de casos entre pessoas negras é de aproximadamente 9% a mais do que entre pessoas brancas. Fazendo o recorte de gênero, o número de novos casos no período de doze anos é de 20,4% a mais em mulheres negras e de 5,5% a mais em homens negros. Comparando os anos de 2008 a 2018, por exemplo, o número de óbitos entre brancos sofreu uma queda de 22,2%, enquanto entre negros houve um aumento de 22,5%. As informações levantadas vão ao encontro do que se observa neste estudo em que a população de PVHIV é majoritariamente negra. Esse dado se cruza com o que se refere à renda se for considerada a observação do UNAIDS, pois o órgão defende que a desigualdade econômica é um dos fatores que explicam a desigualdade racial na saúde. A população negra não só possui menor poder financeiro, o que lhe afasta da possibilidade de serviços de saúde privados e de maior agilidade de atendimento e resultados, como a alta informalidade no emprego não lhes garante planos de saúde ou convênios médicos. De fato, este estudo que apresenta uma maioria de homens e homens negros, também releva uma população que majoritariamente tem como renda um valor menor ou igual a meio salário mínimo. De toda forma, a questão é muito maior e cabe aprofundamento pois o que existe é um racismo institucional e isso reflete direto no adoecimento e no acesso à saúde por parte da população negra.

Outro dado que dialoga com a renda é a escolaridade. Nesta pesquisa há a prevalência de indivíduos com escolaridade igual ou superior a 12 anos, o que não corrobora com outros estudos nos quais se observa uma baixa escolaridade entre pessoas vivendo com HIV,

justificada geralmente pelo pouco acesso à informação. O primeiro é que a coleta foi realizada em local e com público destinado ao acompanhamento para o HIV, o que explica a elevada escolaridade, uma vez que o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, do Ministério da Saúde, aponta indivíduos de baixa escolaridade (igual ou inferior a 7 anos) como sendo os de contato tardio com o tratamento, enquanto aqueles com escolaridade igual ou superior a 12 anos entram em contato com os serviços de atendimento mais cedo. A outra questão é que se tratando de transtornos como ansiedade e depressão, sobretudo impactados por fatores como isolamento social e medo do futuro, não escolhem escolaridade pois todos são suscetíveis a essa condição.

Os dados deste estudo demonstram uma prevalência de indivíduos identificados como não heterossexuais. Embora desde o início da epidemia a incidência de HIV em homens homossexuais seja notória, não obstante o resultado desta pesquisa, existe na atualidade uma alteração nesse cenário e transformação no que diz respeito ao perfil de orientação sexual afetado pelo HIV. Estudos como o publicado na Revista Contexto e Saúde, da editora Unijuí, apresentam achados interessantes nos quais a maior parcela das PVHIV é composta por homens heterossexuais (SILVA, FERREIRA, PATRÍCIO, RODRIGUES, BRASIL, NASCIMENTO, 2021), o que evidencia a diversidade de contextos e realidades adentrados pelo HIV.

A faixa etária dos entrevistados desta pesquisa não revela uma idade máxima, mas aponta o mínimo de 24 anos para a imensa maioria dos indivíduos. Contudo, em comparação a outros estudos pertinentes ao tema, há uma distinção entre os resultados. Um estudo feito também na região Nordeste aponta para uma maioria de 55,2% de pessoas entrevistadas estando acima dos 41 anos (SILVA, MORGAN, ALCHIERI, MEDEIROS, KNACKFUSS, 2017).

Em relação à classificação de ansiedade, houve preponderância de ansiedade elevada, assim como a depressão apresenta escores predominantes entre moderada a elevada. Dados de pesquisas já citadas como a publicada na Revista Contexto e Saúde de 2021 e a de 2017 referida no parágrafo anterior, vão ao encontro dos resultados desta pesquisa, uma vez que há prevalência de índices altos de ansiedade e depressão relatados pelos entrevistados. Mesmo com uso de escalas diferentes, os estudos revelam níveis de depressão elevada e muito elevada ou severa e moderada, bem como índices elevados de ansiedade. Apesar do tratamento antirretroviral e aumento da expectativa de vida a incidência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão é um fato, sobretudo em indivíduos do sexo feminino. A realidade de isolamento social, da família, os entraves das relações afetivas, o peso dos estigmas ainda existentes sob

PVHIV, são elementos que podem fomentar quadros como os de ansiedade e depressão em níveis preocupantes.

O transtorno mais comum na esfera psicossocial desenvolvido por PVHIV é a ansiedade, e isso pode estar presente apesar dessas pessoas se apresentarem inclusive assintomáticas. Os aspectos sociais de isolamento, carência e etc., já citados geram impacto na qualidade de vida, o que desencadeia a ansiedade relacionada ao vazio social a ser preenchido e ao temor quanto ao futuro. A literatura científica é farta em materiais que desvendam a depressão e ansiedade em PVHIV causadas pelo temor da morte, mudanças físicas como perda abrupta de peso, sentimento de culpa e mudança nas relações sociais e familiares. É fundamental que a enfermagem e toda a equipe multiprofissional se ocupe ativamente no incentivo à adesão ao tratamento medicamentoso, na interação com a rede de apoio dos indivíduos bem como nas práticas de assistência ao seu biopsicossocial (CALVETTI, GIOVELLI, GAUER, MORAES, 2016).

Um estudo realizado em solo estadunidense com 1.027 indivíduos, indicou a prevalência de 61,6% de pessoas vivendo com transtorno de ansiedade entre a população de PVHIV, enquanto a porcentagem entre a população geral é de 37% (SCHWARTZ, HESSOL, MILAM et al., 2018). Existem fatores que associados ao diagnóstico de HIV corroboram para o alto índice de ansiedade e depressão entre os indivíduos, tais como falta de apoio social, introdução tardia da TARV, isolamento, estresse, temor da revelação do diagnóstico. Fatores que acompanham as PVHIV por toda ou quase toda a vida e que precisam ser assistidos para que os indivíduos consigam, ao longo do tempo, lidar com seu diagnóstico e suas implicações. Essa assistência realizada por profissionais capacitados, uma rede de apoio, estratégias de redução de comprometimento da saúde mental que vá desde a triagem e encaminhamento ao serviço de saúde mental, até a análise dos níveis de ansiedade e depressão já em atendimento são ações necessárias para enfrentamento ao estigma, preconceito e desdobramentos disso como o isolamento social por conta de exclusão. Tal enfrentamento contribui para a construção de uma nova mentalidade social que forneça às pessoas vivendo com HIV um meio que não lhes adoeça psiquicamente, mas que lhe confira apoio, respeito e tratamento humano.

Este estudo apresenta limitações como a ocorrência da pandemia da Covid-19 durante o período de coleta dos dados, que impacta a forma de abordagem ao público no que tange tempo e espaço, consequentemente gerando uma amostra inferior ao possível em condições ideais de contato. Contudo o levantamento realizado revela coerência com demais estudos sobre a temática trabalhada e corrobora para a afirmação de que os transtornos de ansiedade e



depressão em pessoas vivendo com HIV é uma realidade e apresenta perfis e situações a serem observados para que, a partir de pesquisas como essa, se trace estratégias e táticas que propiciem qualidade de vida para PVHIV em sofrimento psíquico.

## **6 CONCLUSÃO**

Compreende-se, deste modo, que os níveis de depressão em pessoas vivendo com HIV são influenciados por características sociais desses indivíduos, como faixa etária e escolarização, bem como pela gravidade dos sintomas de ansiedade relatados. Portanto, pessoas vivendo com HIV que apresentam sintomas de ansiedade sofrem sinergicamente com níveis de depressão entre moderada e grave. Assim, sugere-se o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas às comorbidades de saúde mental nesta população.

## REFERÊNCIAS

CALIARI, Juliano de Souza et al. Factors related to the perceived stigmatization of people living with HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

CHAMRATRITHIRONG, Aphichat et al. A workplace intervention program and the increase in HIV knowledge, perceived accessibility and use of condoms among young factory workers in Thailand. **SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS**, v. 14, n. 1, p. 132-139, 2017.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em debate**, v. 42, p. 148-161, 2018.

DESHMUKH, Namita Navanit; BORKAR, Avinash M.; DESHMUKH, Jyotsna S. Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: Can it affect their quality of life?. **Journal of family medicine and primary care**, v. 6, n. 3, p. 549, 2017.

FRANCE, Nadine Ferris et al. " An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. 2015.

FREITAS, Paulina; FERNANDES, André Filipe Borges; MORGADO, Pedro. Depressão em pacientes HIV positivos: a realidade de um hospital português. 2015.

LEGARTH, Rebecca A. et al. Long-term mortality in HIV-infected individuals 50 years or older: a nationwide, population-based cohort study. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 71, n. 2, p. 213-218, 2016.

SILVA, Felipe Santana et al. Preditores associados à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 53-73, 2015.

WANG, Wei et al. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Nanjing, China. **PloS one**, v. 13, n. 2, p. e0192940, 2018.

TAIBI, Diana M.; PRICE, Cynthia; VOSS, Joachim. A pilot study of sleep quality and rest-activity patterns in persons living with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 24, n. 5, p. 411-421, 2013.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em debate**, v. 42, p. 148-161, 2018.

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 617-623, 2012

BAPTISTA, Makilim Nunes; BORGES, Lisandra. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 15, p. 19-32, 2016.

FREITAS, Paulina; FERNANDES, André Filipe Borges; MORGADO, Pedro. Depressão em pacientes HIV positivos: a realidade de um hospital português. 2015

Baxter, A., Vos, T., Scott, K., Ferrari, A., & Whiteford, H. (2014). A carga global de transtornos de ansiedade em 2010. *Psychological Medicine*, 44 (11), 2363-2374. doi:10.1017/S0033291713003243

PATRÍCIO, Anna Cláudia Freire de Araújo et al. Depressão, autoestima, expectativa futura e esperança de vida de pessoas com HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1288-1294, 2019.

DO NASCIMENTO SILVA, Ingrid Bergmam et al. DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: DEPRESSION AND ANXIETY OF PEOPLE LIVING WITH HIV. *Revista Contexto & Saúde*, v. 21, n. 44, p. 322-331, 2021

UTHMAN, Olalekan A. et al. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle-and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Current Hiv/aids Reports**, v. 11, n. 3, p. 291-307, 2014.

SIN, Nancy L.; DIMATTEO, M. Robin. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 47, n. 3, p. 259-269, 2014.

BAXTER, Amanda J. et al. A carga global dos transtornos de ansiedade em 2010. **Medicina psicológica**, v. 44, n. 11, pág. 2363-2374, 2014.

FREITAS, Paulina; FERNÁNDES, André M.; MORGADO, Pedro. Depression in HIV-positive patients: the reality of a Portuguese hospital. **Scientia Medica**, v. 25, n. 2, p. 1, 2015

LEITE, Mônica Americano. Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: MS; 2018.

NOGUEIRA, Luciana Fidalgo Ramos *et al.* Transtornos Mentais Comuns estão associados a maior carga viral em Pessoas Vivendo com HIV. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 464-476, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912114>.

BIAGGIO, A.M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, 1977, 29.3: 31-44.

BECK, Aaron T. et al. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 23, n. 2, p. 139-145, 1993.

COSTA, Ana Karoline Bastos. **Influência da autoestima na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2018. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade

Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37649>.

DA CUNHA, Gilmar Holanda; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/aids. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 699-708, 2011.

UNAIDS. **Estatísticas**. 2021. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 15 de maio. 2022.

UNAIDS. **UNAIDS Strategy 2016-2021**. 2015. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: HIV/AIDS**. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>. Acesso em: 30 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

VILLELA WV, BARBOSA RM. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015;18(Supl 1):131-142. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050010>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 113 p.

SILVA, IBN, FERREIRA MAM, PATRÍCIO ACFA, RODRIGUES BFL, BRASIL MHF, NASCIMENTO JA. Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. *Rev Contexto & Saúde*. 2021;21(44):322-331

SILVA JG, MORGAN DAR, ALCHIERI JC, MEDEIROS HF, KNACKFUSS MI. Pain level associated to socio-demographic and clinical variables in people living with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome. *Rev. Dor*. 2017;18(1):51-58. doi: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170012>

CALVETTI PU, GIOVELLI GRM, GAUER GJC, MORAES JFD. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2016;32(4):1-4. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324317>

COOK JA, BURKE-MILLER J, STEIGMAN PJ, SCHWARTZ RM, HESSOL NA, MILAM J et al. Prevalence, comorbidity, and correlates of psychiatric and substance use disorders and associations with HIV Risk Behaviors in a Multisite Cohort of Women Living with HIV. *AIDS Behav*. 2018;22(10):3141-54. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2051-3>

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por **Odaleia de Oliveira Farias (Pesquisadora Principal)** e **Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora)** como participante da pesquisa **“AURICULOTERAPIA NO MANEJO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE EM PESSOAS COM HIV: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”**. 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. Esta pesquisa pretende avaliar a eficácia da auriculoterapia na redução dos níveis de ansiedade em pessoas vivendo com HIV.

O estudo será realizado neste ambulatório e terá quatro etapas:

1. **Fase de inclusão:** Para ser incluído nesta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa ter apresentado níveis de moderados a elevados de ansiedade, segundo o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDADE), que corresponde a 35 pontos ou mais na escala.
2. **Fase de randomização:** caso o senhor seja incluído no estudo, o senhor será agendado para terapia inicial. Neste dia, o senhor será direcionado para um de dois grupos, Grupo Intervenção (que receberá a auriculoterapia em pontos verdadeiros) ou Grupo Controle (que receberá a intervenção em pontos falsos). Será realizada uma entrevista em consultório privativo, onde ocorrerá a aplicação de formulários, que durará aproximadamente 30 a 40 minutos, onde serão realizadas perguntas sobre sua saúde, em geral, perguntas rápidas, nas quais o(a) senhor(a) irá escolher a alternativa que melhor representa a sua opinião ou informar outra resposta que não esteja no formulário. Há perguntas relacionadas à sua caracterização sociodemográfica, estigma, hábitos de vida e escalas para avaliar níveis de ansiedade, Depressão e Estresse. Também serão verificados sua pressão arterial, peso e frequência cardíaca e respiratória. Será realizada avaliação e registro fotográfico da orelha.
3. **Fase de intervenção:** após aplicação dos instrumentos, o senhor será encaminhado ao profissional auriculoterapeuta levando um envelope com o nome do grupo no qual o senhor está incluído (Intervenção ou Controle). O profissional realizara o tratamento com sementes de mostarda, previamente preparadas para essa finalidade. O tratamento ocorrerá duas vezes na semana, durante quatro semanas, por 20 minutos neste próprio período de saúde.

4. **Fase pós-intervenção:** após as oito sessões de auriculoterapia o senhor será entrevistado mais uma vez e responderá ao mesmo formulário da entrevista inicial. Após um mês da segunda entrevista iremos ligar para o senhor e fazer as mesmas perguntas pela última vez para observarmos se o efeito da terapia se estende por um prazo maior.

**Riscos da pesquisa:** Desconforto psicológico, devido à participação no estudo demandar atenção, tempo e recordação de eventos desagradáveis da sua vida e processo de doença. Caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcaremos atendimento com profissional especializado da equipe multidisciplinar desta própria instituição ou podemos encaminhá-lo a um Centro de Apoio Psicossocial. A auriculoterapia pode causar tontura ou sonolência, se isso ocorrer o senhor será tratado oportunizando um breve momento de descanso após a prática, e ofereceremos também um chá quente, como recomenda estudiosos da área. Os materiais utilizados podem causar reação alérgica, neste caso, o senhor receberá as orientações necessárias e será encaminhado pela nossa equipe ao serviço de emergência caso necessário. Ademais, mulheres gestantes ou que estejam planejando engravidar não podem participar deste estudo ou serão descontinuadas em caso de gravidez.

**Benefícios da pesquisa:** O estudo poderá melhorar a ansiedade de pessoas com HIV, melhorando a abordagem de comorbidades não infecciosas nesta população. Aos participantes incluídos no grupo controle, caso desejam, será oferecido o tratamento ao final do estudo.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Odaleia de Oliveira Farias (Pesquisadora Principal) e Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora). Endereço: Rua Alexandre Baraúna, Nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. Telefone: 85 3366-8455. O senhor(a) também poderá esclarecer suas dúvidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 Rodolfo Teófilo, Fone (85) 3366-8344.

**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: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).





## ANEXO A - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

1ª Parte - Questionário de autoavaliação para traço de ansiedade. Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

| <b>Relato</b>   | <b>Quase nunca</b> | <b>Às vezes</b> | <b>Frequente</b> | <b>Quase sempre</b> |
|---|--------------------|-----------------|------------------|---------------------|
| 1. Sinto-me bem   | 4                  | 3               | 2                | 1                   |
| 2. Canso-me com facilidade  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 3. Tenho vontade de chorar  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser                                   | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente                      | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 6. Sinto-me descansada(o)   | 4                  | 3               | 2                | 1                   |
| 7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma  | 4                  | 3               | 2                | 1                   |
| 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolvê-las | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 9. Preocupo-me demais com coisas sem importância  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 10. Sou feliz   | 4                  | 3               | 2                | 1                   |
| 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 12. Não tenho confiança em mim mesma  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 13. Sinto-me segura   | 4                  | 3               | 2                | 1                   |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas   | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 15. Sinto-me deprimida  | 1                  | 2               | 3                | 4                   |
| 16. Estou satisfeita()  | 4                  | 3               | 2                | 1                   |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me pressionando     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sou uma pessoa estável   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento      | 1 | 2 | 3 | 4 |

## 2ª Parte – Questionário de autoavaliação para estado de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

| <b>Relato</b>                                 | <b>Absolutamente não</b> | <b>Um pouco</b> | <b>Bastante</b> | <b>Muitíssimo</b> |
|---|--------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1. Sinto-me calma                             | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 2. Sinto-me seguro                            | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 3. Estou tensa                                | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 4. Estou arrependida                          | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 5. Sinto-me à vontade                         | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 6. Sinto-me perturbada                        | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 7. Estou preocupada com possíveis infortúnios | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 8. Sinto-me descansada                        | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 9. Sinto-me ansiosa                           | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 10. Sinto-me “em casa”                        | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 11. Sinto-me confiante                        | 4                        | 3               | 2               | 1                 |
| 12. Sinto-me nervosa                          | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 13. Estou agitada                             | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 14. Sinto-me “uma pilha de nervos”            | 1                        | 2               | 3               | 4                 |
| 15. Estou descontraindo                       | 4                        | 3               | 2               | 1                 |

|                                       |   |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 16. Sinto-me satisfeita               | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Estou preocupada                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me super excitado e confusa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre                   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Sinto-me bem                      | 4 | 3 | 2 | 1 |

**ANEXO B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E DE HÁBITOS DE VIDA PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Código do participante: \_\_\_\_\_ Aval. 1( ) 2( ) 3( ) Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

| <b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b>   | <b>COD</b>           |
|---|----------------------|
| Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____   | 1.DN<br>__ / __ / __ |
| Sexo:<br>1 ( ) Masculino<br>2 ( ) Feminino<br>3 ( ) Intersex<br>4 ( ) Outro _____<br><i>Obs: aquele designado a você no seu nascimento.</i>   | 2.SEX ____           |
| Identidade de gênero:<br>1 ( ) Cisgênero<br>2 ( ) Transgênero<br>3 ( ) Outra _____<br><i>Obs: cisgênero é a pessoa que se identifica com seu sexo biológico. Como exemplo, alguém que se identifica como mulher e foi designada como do sexo feminino ao nascer é uma mulher cisgênera. Se uma pessoa foi designada com um gênero ao nascer, mas se identifica como de outro gênero, ela é considerada transgênero.</i> | 3.IGE ____           |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <p>Raça/cor:</p> <p>1 ( ) Branca</p> <p>2 ( ) Preta</p> <p>3 ( ) Amarela</p> <p>4 ( ) Parda</p> <p>5 ( ) Indígena</p> <p>6 ( ) Outra _____</p>  | <p>4.RAC ____</p> |
| <p>Escolaridade (em anos): _____</p> <p><i>Obs: escrever zero, se nunca estudou. Por exemplo, se você terminou o ensino médio, você estudou 12 anos.</i></p>  | <p>5.ESC ____</p> |
| <p>Situação ocupacional:</p> <p>1 ( ) Empregado</p> <p>2 ( ) Desempregado</p> <p>3 ( ) Aposentado</p> <p>4 ( ) Estudante</p> <p>5 ( ) Pensionista</p> <p>6 ( ) Bolsista</p> <p>6 ( ) Outro _____</p>  | <p>6.SOC ____</p> |
| <p>Renda <i>per capita</i>:</p> <p>Renda individual _____</p> <p>Renda familiar _____</p> <p>Número de pessoas no domicílio _____</p> <p><i>Obs: RPC é calculada somando a renda de todas as pessoas do domicílio e dividindo pelo número de pessoas que residem nele. Se não souber a renda das outras pessoas que moram na sua casa, você pode colocar a renda estimada/aproximada deles.</i></p> | <p>7.RPC ____</p> |
| <p>Orientação sexual:</p> <p>1 ( ) Heterossexual</p> <p>2 ( ) Homossexual</p> <p>3 ( ) Pansexual</p> <p>4 ( ) Bissexual</p> <p>5 ( ) Outro _____</p> <p><i>Obs: pansexual é aquela pessoa cujo o interesse sexual não está direcionado a nenhum gênero especificamente. Há também pessoas que podem ser assexuadas, não sentindo interesse sexual por nenhum gênero.</i></p>                        | <p>8.OSE ____</p> |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <p>Crença religiosa:</p> <p>( ) Catolicismo</p> <p>( ) Evangélica</p> <p>( ) Umbandista</p> <p>( ) Candomblé</p> <p>( ) Espiritismo</p> <p>( ) Ateísmo</p> <p>( ) Judaísmo</p> <p>( ) Sem religião</p> <p>( ) Budismo</p> <p>( ) Outra denominação _____</p> <p><i>Obs: em CRG anotar "1" para presença de crença e "2" para inexistência de crença religiosa/espiritualidade.</i></p> | <p>9.CRG ____</p>        |
| <p><b>B. DADOS CLÍNICOS</b></p>  |                          |
| <p>Data do diagnóstico de HIV(MM/AAAA): ____ ____ ____</p>   | <p>10.DDH __/ __</p>     |
| <p>Tempo de início da TARV(MM/AAAA): ____ ____</p> <p><i>Obs: escrever zero, se nunca iniciou.</i></p>   | <p>11.TRV<br/>__/ __</p> |
| <p>Número de mudanças no esquema antirretroviral: _____</p> <p>Justificativa da mudança: _____</p>   | <p>12.NME ____</p>       |
| <p>Esquema de TARV: _____</p> <p><i>Obs: anotar 1. quando as medicações apresentarem * e 2 quando não apresentarem. As medicações com * apresentam efeitos adversos relacionados à saúde mental, a saber, ansiedade, depressão, transtornos de humor e outros.</i></p>   | <p>13.ETV _____</p>      |

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <p>Efeitos adversos da TARV:</p> <p>( ) Náusea<br/> ( ) Vômitos<br/> ( ) Tonturas<br/> ( ) Ansiedade<br/> ( ) Insônia<br/> ( ) Cefaleia (dor de cabeça)</p> <p>Outros: _____</p> <p><i>Obs: PEA: Presença de efeitos adversos(1.Sim, 2.Não). QEA: quantidades de tipos de efeitos adversos( Náuseas e vômitos são 2 tipos de efeitos adversos).</i></p> | <p>14.PEA ____<br/> 15.QEA ____</p> |
| <p>Outros medicamentos em uso: _____</p> <p><i>Obs: em OMU, anotar “1” quando medicamento para saúde mental (ansiolíticos, antidepressivos) e “2”, em caso de outros medicamentos.</i></p>  | <p>16.OMU ____</p>                  |
| <p>Linfócitos T CD4+ (células/mm<sup>3</sup>): _____</p> <p>Data (MM/AA) ____ ____</p>  | <p>17.CD4 ____</p>                  |
| <p>Carga viral (cópias/ml): _____</p> <p>Data (MM/AA) ____ ____</p>   | <p>18.CAV ____</p>                  |

## ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

|   |  |    |   |
|---|--|----|---|
| 1 | <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>   | 7  | <p>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>   |
| 2 | <p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p> | 8  | <p>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> |
| 3 | <p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <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>     | 9  | <p>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>   |
| 4 | <p>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>   | 10 | <p>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>                        |



|   |   |    |  |
|---|---|----|--|
| 5 | <p>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> | 11 | <p>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 costumava me irritar</p>               |
| 6 | <p>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>                                     | 12 | <p>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> |



## ANEXO E

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Auriculoterapia no manejo dos sintomas de ansiedade em pessoas com HIV: ensaio clínico randomizado

**Pesquisador:** Marli Teresinha Gimeniz Galvão

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27995019.5.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.340.028

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como tema central a aplicação da auriculoterapia para tratamento da ansiedade. A ansiedade é um sentimento definido por fatores comportamentais, afetivos, fisiológicos, simpáticos, parassimpáticos e cognitivos, trata-se de uma condição de saúde diagnosticável altamente prevalente nas populações, com sintomas distintos da tristeza, estresse ou medo enfrentados cotidianamente. Estima-se que mais de 322 milhões de pessoas sofram de distúrbios de ansiedade. Entre pessoas vivendo com HIV (PVHIV), as distúrbios de saúde mental são a segunda comorbidade mais comum. A prevalência de ansiedade é, substancialmente, maior em PVHIV que na população geral. Estudos têm demonstrado o potencial das terapias complementares para promoção do bem-estar em saúde mental. As pesquisas sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados formam umas das principais diretrizes apoiadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A auriculoterapia se destaca por seus efeitos positivos na redução da ansiedade, por suas características pouco invasivas e pelas chances reduzidas de efeitos adversos. Há uma lacuna na literatura no que se refere a ensaios clínicos utilizando auriculoterapia para tratamento de ansiedade na população com HIV. Desta forma, o estudo tem como objetivo analisar a eficácia da auriculoterapia no manejo da ansiedade em pessoas vivendo com HIV. O pesquisador realizará um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) controlado por placebo, com delineamento em paralelo e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**CEP:** 60.430-275

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.340.028

simples-cego. A Variável Dependente (VD) principal será ansiedade e a Variável Independente (VI) manipulada será a auriculoterapia. O design do estudo foi elaborado com referência no Protocolo Padrão para Elaboração de Ensaio Clínicos (SPIRIT) e nos itens da declaração para Relato de Ensaio Randomizados de Tratamentos Não-Farmacológicos (CONSORT-NPT). O estudo será desenvolvido entre os anos de 2019 e 2021 com pessoas acompanhados em um Serviço de Assistência Especializada, Centro de Saúde Carlos Ribeiro, da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Serão elegíveis indivíduos com 18 anos ou mais de idade, com sorologia positiva para HIV, acompanhados na instituição e que apresentem pontuação maior ou igual a 35 (ansiedade de moderada a muito elevada) no Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). Serão excluídas gestantes e pessoas com distúrbios mentais incapacitantes. As mensurações das variáveis de interesse serão realizadas por meio de entrevistas, em três pontos temporais, antes da intervenção, após quatro e oito semanas. As duas primeiras serão realizadas de forma presencial e a última por telefone. O pesquisador adotará o método de estimulação auricular por sementes de mostarda que será implementado em uma frequência de duas vezes por semana, em dias fixos, por quatro semanas. As sessões terão duração média de 20 minutos. O grupo placebo receberá a intervenção em pontos considerados sem efeito terapêutico para a ansiedade, na mesma quantidade de sessões, seguidas de orientações semelhantes e durante o mesmo período que o grupo experimental. As variáveis de interesse são as características sociodemográficas, clínicas, hábitos de saúde e níveis de estigma dos participantes. A variável desfecho principal, ansiedade, será mensurada por meio do Inventário IDATE. A variável desfecho secundária depressão será avaliada pelo Inventário de Beck, e a variável estresse será avaliada por meio da Escala de estresse percebido. Todas as escalas aplicadas foram validadas para o Brasil. A amostra foi estimada em 154 pessoas, 77 por grupo, tendo como parâmetro a redução em três pontos na pontuação na escala de ansiedade. O recrutamento será no próprio Centro de Saúde Carlos Ribeiro, face-a-face e através de cartazes-convite expostos na instituição. Os participantes elegíveis que concordarem em participar do estudo serão randomizados em blocos, utilizando-se o Software R. Será realizado cegamento dos participantes, dos pesquisadores responsáveis pela coleta dos dados e do profissional estatístico. A análise será realizada no Software R. Os testes estatísticos serão precedidos por análises de homogeneidade das variáveis. Será utilizado o Teste t para comparar o grupos placebo versus experimental. Será adotado um nível de significância de 5%. O experimento será registrado no Portal de Registros de Ensaio da Organização Mundial de Saúde (OMS).

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a eficácia da auriculoterapia comparada à intervenção placebo no

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

Continuação do Parecer: 4.340.028

manejo da ansiedade de pessoas com HIV.

**Objetivos secundários:** Identificar os níveis basais das variáveis de interesse (características sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde; e níveis de estigma, ansiedade, depressão e estresse percebido) dos grupos experimental(GE) e controle (GC); Avaliar o efeito da auriculoterapia na variável desfecho primária (ansiedade) e nas variáveis desfechos secundárias (depressão e estresse percebido), comparando os efeitos intra e entre os grupos após oito sessões de auriculoterapia (quatro semanas) e a permanência do efeitos após quatro semanas do término da intervenção.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Desconforto psicológico, devido à participação no estudo demandar atenção, tempo e recordação de eventos desagradáveis da sua vida e processo de doença. Caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo, o pesquisador se propõe a conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcar-se-á atendimento com profissional especializado da equipe multidisciplinar da própria instituição ou encaminhamento a um Centro de Apoio Psicossocial. A auriculoterapia pode causar tontura ou sonolência, se isso ocorrer o paciente será tratado oportunizando um breve momento de descanso após a prática, e será oferecido também um chá quente, como recomenda estudiosos da área. Os materiais utilizados podem causar reação alérgica, neste caso, o paciente receberá as orientações necessárias e será encaminhado pela equipe ao serviço de emergência caso necessário. Ademais, mulheres gestantes ou que estejam planejando engravidar não podem participar deste estudo ou serão descontinuadas em caso de gravidez.

**Benefícios:** Melhoraria da ansiedade de pessoas com HIV, melhorando a abordagem de comorbidades não infecciosas nesta população. Aos participantes incluídos no grupo controle, caso desejem, será oferecido o tratamento ao final do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta tema relevante. Objeto de estudo é adequadamente fundamentado em revisão bibliográfica ampla e atual. Objetivos estão apresentados e são claros e factíveis. O método encontra-se detalhado e não fere preceitos éticos.

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

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução no. 466/2012.

**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

Continuação do Parecer: 4.340.028

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

A pesquisa não apresenta pendências éticas ou documentais.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Enviar o relatório final ao concluir a pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                          | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1476035.pdf | 04/09/2020<br>20:37:28 |                                | Aceito   |
| Outros  | fluxograma.pdf                                | 04/09/2020<br>20:26:28 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Solicitação registrada pelo CEP                           | folder.pdf                                    | 04/09/2020<br>20:24:11 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projetodetalhado.pdf                          | 04/09/2020<br>20:21:27 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Orçamento   | 5orcamento.pdf                                | 04/09/2020<br>20:19:30 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Cronograma  | 4cronograma.pdf                               | 04/09/2020<br>20:17:29 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Outros  | Anuencia2.pdf                                 | 04/09/2020<br>20:07:44 | Odaleia de Oliveira Farias     | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folhaderosto1.pdf                             | 12/12/2019<br>16:08:59 | Marli Teresinha Gimeniz Galvão | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Autorizacao.pdf                               | 10/12/2019<br>19:58:23 | Marli Teresinha Gimeniz Galvão | Aceito   |
| Outros  | Apreciacao.pdf                                | 21/11/2019<br>07:28:04 | Marli Teresinha Gimeniz Galvão | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf                                      | 21/11/2019<br>07:24:45 | Marli Teresinha Gimeniz Galvão | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | DPesq.pdf                                     | 21/11/2019<br>07:24:02 | Marli Teresinha Gimeniz Galvão | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

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



UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.340.028

FORTALEZA, 15 de Outubro de 2020

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
**(Coordenador(a))**

**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

Página 05 de 05