



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

HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

**ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ANSIEDADE RELACIONADA À
MORTE” EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

FORTALEZA

2016

HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM “ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE” EM PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimeniz Galvão

FORTALEZA

2016

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)

- A369a Alexandre, Herta de Oliveira Alexandre.
Acurácia das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade Relacionada à Morte” em Pessoas que Vivem com HIV/aids / Herta de Oliveira Alexandre Alexandre. – 2016.
67 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.
1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Ansiedade. 4. HIV. I. Título.

CDD 610.73

HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM “ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE” EM PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Aos meus pais, Luiz e Regiane.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por agir na minha vida de forma perfeita e muitas vezes inesperada, me agraciando com mais até do que poderia esperar.

Aos meus pais Regina de Oliveira e Luiz Alexandre, por todo o apoio e amor. Vocês são meu alicerce e minha vida não teria sentido sem vocês do meu lado.

Aos meus avós Mariana Feitosa (*in memoriam*), Sebastião Peixoto e Zeneida Perote, pelo amor e orgulho. Vocês são minha motivação.

À minha família Brilhante e Oliveira, pela alegria e torcida. Não imagino minha vida sem vocês nela.

Ao meu namorado Eduardo Carvalho, pela paciência e conselhos sempre tranquilizadores.

Às minhas amigas de toda a vida (Aimée Verdini, Mariana Araújo, Evelyne Viana, Jennifer Rocha, Karinne Alves, Lilian Maria, Patrícia Bernardo, Kátia Barbosa, Luiza Marques, Rayanna Mendes, Rafaella Craveiro, Fernanda Braga, Tamires Daianny), por todas as horas de risadas e lamentações.

Aos meus amigos do mestrado, vocês tornaram essa caminhada mais leve.

Aos meus colegas do NEAIDS, por todo o apoio e motivação.

A todos os profissionais que colaboraram para o desenvolvimento desse estudo, principalmente àqueles do CS Carlos Ribeiro, vocês abriram as portas e o coração.

Ao Prof. Marcos Lopes, por todo o conhecimento e suporte.

À Prof^a. Marli Galvão, minha orientadora, pelos seis anos de ensinamento, motivação e carinho.

“A persistência é o menor caminho do êxito.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

Acurácia é a capacidade de um indicador clínico distinguir entre estados alternativos de saúde, ou seja, de nomear corretamente indivíduos com e sem um determinado diagnóstico de enfermagem. As pessoas que vivem com HIV/aids constituem uma população vulnerável e necessitada de diagnósticos e intervenções voltadas diretamente para suas necessidades. Como a aids é uma doença estigmatizante e está fortemente associada com o receio da morte, esse estudo objetivou medir a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas que vivem com HIV/aids. Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas que vivem com HIV/aids. Foi desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), no Centro de Saúde Meireles e no Centro de Saúde Carlos Ribeiro. A amostra desse estudo foi composta por 162 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos com HIV/aids e que estavam em uso da terapia antirretroviral. A coleta dos dados foi realizada de Abril a Maio de 2016. Foram utilizados dois formulários para coleta de dados, o primeiro foi o “Questionário Sociodemográfico e de Saúde: Pacientes em uso de TARV” e o “Instrumento de Investigação dos dados subjetivos das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte”. Para verificar a sensibilidade e especificidade das características definidoras do diagnóstico de enfermagem estudado, foi utilizado o método de Análise de Classe Latentes. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (89,5%), de cor parda (73,5%), solteiros (74,1%), homossexuais (53,0%), empregados (75,0%), com média de idade de 34,5 (DP: 1,1) e contagem de linfócitos T CD4+ superior a 500 cel/mm³ (DP: 318,8), no entanto, possuíam alta contagem de carga viral (DP:137.755,4). Destaca-se que as características definidoras com melhor acurácia foram, *Medo de dor relacionada ao morrer*, *Medo de sofrimento ao morrer*, *Impotência*, *Medo de um processo de morte prolongado* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Ainda, 85,52% das pessoas vivendo com HIV/aids analisadas manifestaram o diagnóstico em estudo. Ademais, as características que apresentaram maior sensibilidade foram *Medo do processo de morrer* e *Impotência*. Enquanto *Tristeza profunda* e *Preocupação quanto à tensão do cuidador* tiveram maior especificidade.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem; Ansiedade; HIV.

ABSTRACT

Accuracy is the ability of a clinical indicator to distinguish between alternative health states, that is, to correctly name individuals with and without a particular nursing diagnosis. People living with HIV/AIDS are a vulnerable population who require diagnoses and interventions that are geared directly to their needs. As AIDS is a stigmatizing disease and it is strongly associated with fear of death, this study aimed to analyze the accuracy of the defining characteristics of the nursing diagnosis Anxiety related to death in people living with HIV/AIDS. This is a diagnostic accuracy study of the defining characteristics of the nursing diagnosis Anxiety related to death in people living with HIV/AIDS. It was developed in the infectology clinic of the Walter Cantídio University Hospital (HUWC), the Meireles Health Center and the Carlos Ribeiro Health Center. The study sample consisted of 162 individuals older than 18 years, of both sexes, with HIV/AIDS and who were taking antiretroviral therapy. Data collection was performed from April to May 2016. Two forms were used for data collection, the first was the "Sociodemographic and Health Questionnaire: Patients using ART" and the "Research instrument of subjective data of the nursing diagnosis Anxiety related to death's defining characteristics". To verify the sensitivity and specificity of the nursing diagnosis studied defining characteristics, the Latent Class Analysis method was used. Most of the interviewees were male (89.5%), brown (73.5%), single (74.1%), homosexual (53.0%), employed (75.0%), Mean age of 34.5 (SD: 1.1) and CD4 + T lymphocyte count greater than 500 cel/mm³ (SD: 318.8), however, they had a high viral load count (SD: 137,755.4) . It should be noted that the defining characteristics with the best accuracy were: Fear of pain related to dying, Fear of dying, Impotence, Fear of a prolonged death process and Concern about the impact of death itself on a significant person. Still, 85.52% of the people living with HIV / AIDS analyzed showed the diagnosis under study. In addition, the characteristics that presented greater sensitivity were Fear of the process of dying and Impotence. While deep sadness and concern about the caregiver's tension had greater specificity.

Keywords: Nursing Diagnosis; Nursing; Anxiety; HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Categorização das variáveis sociodemográficas e clínicas.....	24
Quadro 2 -	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte.....	25
Tabela 1 -	Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características sociodemográficas. Fortaleza, 2016.....	28
Tabela 2 -	Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características clínicas. Fortaleza, 2016.....	29
Tabela 3 -	Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte. Fortaleza, 2016.....	30
Tabela 4 -	Modelo de classe latente ajustado para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.....	32
Tabela 5 -	Probabilidades posteriores da presença/ausência do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte (ARM) de acordo com a presença (1) / ausência (0) em conjunto de características definidoras observadas na amostra de pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.....	33

LISTA DE ABREVIADURA E SIGLAS

ACL	Análise de Classe Latentes
ARM	Ansiedade Relacionada à Morte
Cemja	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
POP	Procedimento Operacional Padrão
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/aids
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
NEAIDS	Núcleo de Estudos em HIV/aids e doenças associadas
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	12
1.2 Acurácia Diagnóstica.....	13
1.3 Vírus da Imunodeficiência Humana.....	14
1.4 Ansiedade em pessoas vivendo com HIV/aids.....	17
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3. MÉTODOS.....	22
3.1 Desenho do estudo.....	22
3.2 Local do estudo	22
3.3 População e amostra	23
3.4 Coleta de dados	23
3.5 Instrumentos para coleta de dados.....	
3.6 Análise dos dados	26
3.7 Aspectos éticos	27
4. RESULTADOS.....	28
5. DISCUSSÃO.....	34
6. CONCLUSÕES.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE: PACIENTES EM USO DE TARV.....	51
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DOS DADOS SUBJETIVOS.....	52
APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS.....	54
APÊNDICE D - ORIENTAÇÕES PARA OBTENÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE.....	55
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
ANEXO.....	61
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

1.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desenvolve e organiza o trabalho da equipe de enfermagem. A SAE possibilita a formulação de prováveis intervenções a partir da detecção das prioridades de cada paciente de acordo com as suas necessidades. A equipe de enfermagem deve se sensibilizar quanto às necessidades humanas para aplicá-las de acordo com a realidade em que atua. Para tanto, o profissional enfermeiro deve empregar o pensamento crítico, possibilitando a elaboração e aplicação adequada de modelos e teorias às condições em que a equipe atua (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). A SAE oferece ao enfermeiro recursos humanos, científicos e técnicos, visando uma melhor qualidade na assistência de enfermagem, permitindo, assim, a valorização e o reconhecimento da equipe de enfermagem (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

A utilização da SAE torna possível a prática de forma humanizada dos conhecimentos técnico-científicos devido a individualização da assistência de enfermagem e do cuidado prestado ao cliente, além de facilitar a comunicação e a documentação das informações. Ao aplicar a SAE, o profissional enfermeiro estará prestando ao cliente uma assistência de forma individualizada e sistematizada, o que beneficia suas atividades gerenciais e colabora para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem (SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012).

Uma forma de promover a sistematização da assistência é implementar o Processo de Enfermagem, que é constituído por cinco etapas: histórico, que se refere a coleta de dados do paciente; diagnóstico, onde as necessidades do paciente são encontradas; prescrição, que se dá pelo planejamento do cuidado que irá ser prestado; implementação, que são as ações de enfermagem; e avaliação, que são os resultados a serem alcançados (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

A taxonomia II da NANDA-I é um sistema internacional de classificação de diagnóstico de enfermagem. Através dela é possível a padronização da linguagem utilizada nos diagnósticos de enfermagem facilitando a realização de pesquisas em associação com instituições e pesquisadores de diferentes localidades do Brasil e do mundo (FARIA; SILVA, 2013).

Os diagnósticos auxiliam o estabelecimento de resultados a serem alcançados, a adesão aos procedimentos de enfermagem e contribui para a implementação e avaliação da assistência de enfermagem subsidiado por um raciocínio clínico registrado de forma efetiva (PEIXOTO; SILVA; COSTA, 2015).

As características definidoras de um diagnóstico de enfermagem são inferências observáveis que se congregam como manifestações de um diagnóstico. Para a precisão do diagnóstico de enfermagem é fundamental uma coleta de dados que identifique a presença de certa quantidade de características definidoras (NANDA, 2015).

1.2. Acurácia Diagnóstica

Durante o processo de implementação diagnóstica, a percepção das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem pode variar de um profissional enfermeiro para outro, podendo, assim, afetar a acurácia diagnóstica. Desse modo, serão planejadas e promovidas intervenções que podem não estar de acordo com as reais necessidades do paciente. Por conseguinte, a qualidade e os resultados da assistência de enfermagem, bem como a segurança do paciente poderão ser afetados (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014). Além disso, certos diagnósticos de enfermagem possuem as mesmas características definidoras, fato que pode provocar insegurança nos profissionais enfermeiros durante a inferência diagnóstica (FERNANDES *et al.*, 2015).

Ainda, acurácia é determinada como a capacidade de um indicador clínico distinguir entre estados alternativos de saúde, ou seja, de nomear corretamente indivíduos com e sem um determinado diagnóstico de enfermagem. Desse modo, as características definidoras podem ser vistas como testes, cuja acurácia reflete de modo direto na exatidão do diagnóstico de enfermagem definido (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Um diagnóstico de enfermagem acurado apresenta o agravo de saúde de um paciente, empregando os fatores relacionados e as características definidoras com uma linguagem clara e concisa. Delinear um problema de saúde usando somente o título do diagnóstico de enfermagem sem a utilização de fatores relacionados e, principalmente, das características definidoras, pode motivar erros de interpretação. A formulação incerta de diagnósticos e a carência de análise, bem como a expressão de problemas do cliente com um diagnóstico duvidoso, pode resultar em consequências indesejáveis na qualidade do cuidado de enfermagem e no bem-estar do paciente. Contudo, foi relatado em estudo que os registros

de enfermagem dos pacientes incluem relativamente escassos diagnósticos formulados corretamente com o uso de fatores relacionados e características definidoras pertinentes, além de possuírem poucos detalhes documentados de intervenções e resultados de enfermagem (PAANS *et al.*, 2012).

Deve ser observado que a identificação de um diagnóstico de enfermagem é somente uma faceta do processo de raciocínio clínico que os enfermeiros estão envolvidos. O raciocínio clínico ainda inclui a seleção correta das intervenções e dos resultados. Apesar de várias pesquisas terem estudado as aptidões dos enfermeiros para o raciocínio clínico, estas geraram informação insuficiente a cerca da influência das aptidões de raciocínio dos enfermeiros na aquisição de altos níveis de acurácia dos diagnósticos de enfermagem (PAANS *et al.*, 2012).

A implementação de normas para o processo diagnóstico em populações específicas pode aperfeiçoar a acurácia diagnóstica, auxiliando o entendimento e a interpretação dos sinais e sintomas de forma semelhante pelos profissionais enfermeiros (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014). Levando em consideração o nível de gravidade da doença é imprescindível distinguir o perfil dos diagnósticos de enfermagem para, assim, oferecer ações de enfermagem diferenciadas para cada indivíduo, definindo alicerces para um plano de cuidados específico para esses clientes.

Já que a infecção pelo HIV/aids é constituída de nuances características e diferenciadas de outros agravos de saúde, vê-se a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) como forma de direcionar os cuidados de enfermagem a partir das reais necessidades do cliente, a qual proporciona subsídios para a tomada de decisão do profissional enfermeiro de forma adequada, ou seja, individualizada, holística e integral (PEIXOTO; SILVA; COSTA, 2015).

1.3.Vírus da Imunodeficiência Humana

A aids resulta da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é responsável pela supressão do sistema imunológico através da redução, principalmente, dos linfócitos T CD4+. Essa síndrome é definida pelo aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas (COELHO *et al.*, 2014). Além disso, o HIV também pode gerar agravos à saúde por lesão direta a determinados órgãos ou através de processos inflamatórios, como por exemplo, nefropatia, miocardiopatia e neuropatias (BRASIL, 2013).

Segundo dados da *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), 36,7 milhões de pessoas viviam com o HIV até 2015. Desses, 34,9 milhões eram adultos e 1,8 milhões crianças menores que 15 anos. Nesse período, foram notificados 2,1 milhões de novas infecções por esse vírus no mundo. Até este ano, 1,1 milhões de pessoas morreram em decorrência da aids (UNAIDS, 2015).

No que diz respeito à América Latina, até 2014, foram contabilizados 1,7 milhões de PVHA. Dentre essas, 87 mil foram recentemente diagnosticadas. Além disso, outras 41 mil pessoas que viviam com HIV/aids morreram devido à doença (WHO, 2014). No Brasil, 830 mil pessoas viviam com HIV/aids em 2015, sendo a prevalência do HIV estimada de 0,6% e o número de novas infecções pelo vírus neste ano foi de 44 mil indivíduos, e 15 mil pessoas morreram no Brasil devido à aids (UNAIDS, 2015).

No que concerne às regiões brasileiras, o Norte, o Nordeste e o Sudeste são as regiões que apresentam maior taxa de subnotificação do HIV. No que diz respeito à distribuição proporcional dos casos de aids no Brasil, até junho de 2014, a região Nordeste representava 14,3% dos casos, apresentando uma média de 7,9 mil casos por ano. Em 2013, a razão de sexo no Nordeste correspondeu a 1,7%, sendo 5473 casos de aids notificados em homens e 3150 em mulheres (BRASIL, 2015).

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2014 567 casos de aids foram notificados 3499 no Nordeste e no Ceará. Já a taxa de detecção de casos de aids foi de 16 casos por 100 mil habitantes no Nordeste em 2013 e de 14 casos no Ceará. Além disso, Fortaleza é a vigésima segunda capital do Brasil no ranking da taxa de detecção de casos de aids, correspondendo a 26,2 casos por 100 mil habitantes em 2013 (BRASIL, 2015).

Contudo, devido ao desenvolvimento da terapia antirretroviral (TARV) a sobrevida de PVHA aumentou e a morbidade de PVHA reduziu significativamente, transformando esta doença em uma condição crônica, de modo que a mortalidade entre PVHA vem expandindo devido a causas não transmissíveis (MOCUMBI, 2015). Isso se deve ao fato que essa terapia suprime a replicação do HIV com eficácia, fazendo com que a carga viral da PVHA em uso da TARV diminua e conseqüentemente os linfócitos T CD4 + permaneçam em uma contagem aceitável (CUNHA *et al.*, 2015).

Porém, a toxicidade dessa terapia é um desafio e os medicamentos antirretrovirais estão fortemente relacionados com diversos efeitos colaterais de gravidade variável. Astenia, náusea, vômito, diarreia, mialgia, cefaleia, *rash* cutâneo, lipodistrofia, hiperglicemia e hiperlipidemia são alguns dos efeitos adversos mais comuns da TARV. Esses efeitos também estão relacionados com diabetes, problemas cardiovasculares, entre outros agravos de saúde, podendo contribuir para uma maior preocupação e ansiedade por parte das PVHA a cerca de sua condição de saúde e receio quanto à finitude da vida (NSAGHA *et al.*, 2015). Além disso, com o aumento do tempo de vida de PVHA, complicações crônicas da infecção se tornam mais significativas, incluindo complicações espirituais, sociais, mentais e psicológicas (MOCUMBI, 2015).

Apesar da redução nas taxas de mortalidade por HIV/aids e do aumento da expectativa de vida de PVHA em decorrência dos progressos no tratamento farmacológico do HIV/aids, ainda não há cura para este agravo. Além disso, um diagnóstico positivo para o HIV tem diversas implicações negativas, abrangendo: deterioração da saúde, desconforto físico, dor, regimes terapêuticos complicados, efeitos adversos à TARV e estressores psicossociais (por exemplo, problemas econômicos, estigma, preconceito e discriminação) (MILLER; LEE; HENDERSON, 2012).

Transtornos psiquiátricos são complicações comuns em pessoas com doenças crônicas. Pessoas que vivem com HIV/aids estão sujeitas a apreensões características dessa população, tais como transtornos mentais (depressão e ansiedade), sentimentos negativos (como desesperança), medo relacionado à gravidade da doença e preocupação com a contagem de linfócitos T CD4 + (DABAGHZADEH *et al.*, 2015).

A taxa de tentativa de suicídio em indivíduos que vivem com HIV/aids é 7,4 vezes maior se comparada à população em geral. Além disso, fatores de proteção como, o apoio social positivo e a coesão social, podem influenciar positivamente nessas complicações que as PVHA estão submetidas, no entanto é comum que pessoas que vivem com HIV/aids sofram de estigma, discriminação e exclusão social, inclusive por parte de familiares e entes queridos (DABAGHZADEH *et al.*, 2015).

Estudo constatou que, em longo prazo, PVHA apresentavam correlações significativas entre saúde geral, desempenho físico e capacidade laboral com transtornos psiquiátricos como depressão, estresse e ansiedade. Pessoas que vivem com HIV/aids têm diversos problemas psicológicos, e os mais comuns são depressão e ansiedade. Muitas das

PVHA são marginalizadas e isoladas devido ao seu status sorológico (SAADAT; BEHBOODI; SAADAT, 2015).

1.4. Ansiedade em pessoas vivendo com HIV/aids

A prevalência de transtornos de ansiedade no decorrer da vida de PVHA pode ocorrer em até 40% dos casos. Os sinais de ansiedade comumente estão relacionados a circunstâncias que implicam sensação de medo, de ameaça, necessidade de fazer escolhas ou importantes decisões a respeito do futuro, ou seja, circunstâncias em que o indivíduo esteja em risco iminente. Em PVHA, as inseguranças relacionados à progressão da doença, seu curso clínico, receios associados à dor, sofrimento, alterações corporais comuns devido à TARV, tratamento antirretroviral e medo da morte podem motivar sintomas de ansiedade (CARDOSO, 2014).

A percepção que grande parte da sociedade tem sobre o HIV/aids, está relacionada à sentimentos como medo, tristeza, sofrimento, rejeição, preconceito e morte. Em nosso subconsciente, a morte é difícil de ser aceita. Assim, quando um indivíduo é diagnosticado positivamente para a sorologia do HIV, essa percepção de morte iminente a qual a sociedade difunde, os remete a emoções como impotência. Nesse processo de morrer, a PVHA sente a aflição de sentir a morte ainda em vida. O diagnóstico é sinônimo de um possível atestado de óbito. Apesar de o avanço tecnológico ter promovido a cura de diversos agravos de saúde e a cronicidade de outros, o HIV/aids continua sendo relacionado à morte (SALES *et al.*, 2013).

A ansiedade é uma sensação desagradável de medo, preocupação e mal-estar que comumente é combinada com inquietação, fadiga, problemas de concentração, tensão muscular, sudorese e palpitações. A ansiedade é um transtorno psiquiátrico frequente observado em PVHA (SAADAT; BEHBOODI; SAADAT, 2015).

Uma sequela psicológica importante do HIV/aids é a ansiedade relacionada à morte (RICHARDSON; BERMAN; PIWOWARSKI, 1983). Ansiedade diante a morte pode ser definida como *“uma reação negativa, uma apreensão, uma dificuldade que é experienciada quando alguém contempla a sua própria morte e processo de morte”* (RICHARDSON; BERMAN; PIWOWARSKI, 1983). Pode ser entendida também como sentimento negativo gerado pela antecipação do fato que a vida é finita (LOPES, 2013).

A essência dos temores, receios e ansiedade diante à morte pode divergir de um indivíduo para indivíduo, podendo surgir diversas apreensões, como por exemplo: receios quanto às perdas (tais como perda do corpo, perda da aptidão de cuidar de outros indivíduos que estão sobre a nossa dependência), receio no que diz respeito à perda da chance de concluir os projetos e planos e receios decorrentes do isolamento social devido a uma provável institucionalização, no caso de doenças terminais ou de pessoas idosas (CARNEIRO, 2013).

Existem dois domínios no que concerne à ansiedade perante a morte. O primeiro trata-se do medo da morte e o segundo é o medo de morrer ou do processo que leva à morte. Pode-se compreender por medo da morte o temor de se separar dos familiares e/ou amigos e de ser esquecido por eles. Esse primeiro domínio, portanto, é mais associado ao que ocorre depois da morte. Já o medo de morrer ou do processo que leva à morte está mais vinculado ao processo de morte, isto é, está ligado ao sofrimento, as dores físicas e a perda progressiva dos sentidos (LOPES, 2013).

Os medos centrais relacionados à morte compreendem: a preocupação quanto às implicações da morte (tais como, insegurança quanto ao que ocorrerá depois da morte) e na aflição associada ao processo de morte (como, as dores tanto físicas como emocionais que perdurarão até a morte). Além disso, outras ansiedades são as dúvidas de quando e como ocorrerá a morte, dúvidas sobre a existência de vida após a morte, a irreversibilidade da morte e a probabilidade de sentir que deixou projetos inacabados no momento da morte (LOPES, 2013).

De acordo com a maneira como a morte e a ansiedade relacionada a ela são compreendidas, a vida dos indivíduos pode ser fortemente afetada, e apesar dele incorporar certos mecanismos de defesa inerentes ao ser humano, ter conhecimento de como lidar com a morte e a ansiedade perante ela, a morte é uma das maiores preocupações do homem, já que um número significativo de indivíduos tem um conceito definido a respeito da morte e, caso esse conceito seja negativo, ele origina diversos sentimentos, como o medo e a ansiedade (CARNEIRO, 2013). Por isso, vê-se a necessidade de estudar o diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte como forma de avaliar a importância de seus indicadores clínicos no plano de cuidados de PVHA, planejando, assim, intervenções focadas para as reais necessidades dessa população.

O diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte foi incluído na NANDA-Internacional em 1998. Ele é um diagnóstico focado no problema, e que se refere a um *“julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em pessoa, família, grupo ou comunidade”* (NANDA, 2015).

O diagnóstico Ansiedade relacionada à morte pertence ao domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse), entendido como confronto com eventos/processos de vida da NANDA-I, e pertence à classe 2 (Respostas de Enfrentamento), que engloba o processo de lidar com o estresse ambiental. Esse diagnóstico de enfermagem é definido como sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerada por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência (NANDA, 2015). Ainda, ele inclui as características definidoras: impotência, medo da dor relacionada ao morrer, medo de desenvolver doença terminal, medo de morte prematura, medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo, medo de sofrimento ao morrer, medo de um processo de morte prolongado, medo do processo de morrer, pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer, preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa, preocupação quanto à tensão do cuidador e tristeza profunda (NANDA, 2015).

Além disso, ele é composto por quinze fatores relacionados entre eles: Antecipação do sofrimento, antecipação do impacto da própria morte sobre os outros, confronto com a realidade de doença terminal e incerteza quanto ao prognóstico. Fatores relacionados compreendem etiologias, situações, acontecimentos ou influências que se relacionam com determinado diagnóstico de enfermagem. Durante o exame do histórico do paciente, mediante prévia coleta de dados, é que, comumente, são elencados os fatores relacionados (NANDA, 2015).

Contudo, apesar dos esforços da comunidade científica, os resultados das diferentes investigações a respeito da ansiedade relacionada à morte são muitas vezes inconclusivos e não coincidentes, devido a diversos fatores, como: a subjetividade desse tema, a idade, o sexo, a cultura a religião e outros traços de personalidade dos indivíduos estudados (CARNEIRO, 2013). Além disso, ansiedade relacionada à morte tem sido investigada em diferentes estudos. Porém, pesquisas que estudaram esse tipo de ansiedade em pessoas que vivem com HIV/aids, quem pode ser uma população significativa a ser estudada (MILLER; LEE; HENDERSON, 2012). Ainda, não foi encontrado na literatura estudos em que a acurácia das características definidoras desse diagnóstico de enfermagem foi realizada.

Apesar de diversos avanços quanto ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, ainda persistem falhas na assistência de enfermagem às PVHA, sobretudo no que diz respeito à vivência do indivíduo com o vírus, na procura de satisfazer as suas necessidades psicossociais e estimular a competência de autonomia para o autocuidado. Dessa forma, como as demais doenças crônicas, o HIV/aids situa a Enfermagem frente a oportunidade de acessar os conhecimentos científicos no sentido de proporcionar a assistência de enfermagem sistematizada. A quantidade expressiva de PVHA, incorporada a complexidade dos fatores associados à doença e ao tratamento, reforça a relevância da percepção das necessidades desses clientes (FARIA; SILVA, 2014).

A instauração de normas e regras para o processo de formulação de diagnósticos de enfermagem em populações específicas, como é o caso de PVHA, pode aprimorar a precisão diagnóstica, embasando a percepção e a interpretação dos sinais e sintomas de forma homogênea similar pelos enfermeiros (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014).

Tendo em vista as dificuldades citadas que impedem a formulação de diagnósticos inequívocos, é preciso o desenvolvimento de pesquisas que evidenciem a importância das relações entre as manifestações clínicas e os diagnósticos de enfermagem, para, assim, restringir a incerteza na identificação do diagnóstico (por meio da escolha do diagnóstico de enfermagem mais apropriado para os problemas apresentados pelo cliente) e, portanto, atingir resultados benéficos (FERNANDES *et al.* 2015).

Pesquisas a respeito da precisão dos diagnósticos de enfermagem são aconselhadas pela NANDA-I, que alega a importância de desenvolvê-las em populações específicas, já que em virtude da globalização taxonômica, existem diversas situações a serem estudadas nessas populações, tais como diferenças geográficas, econômicas e culturais. Estas desigualdades podem interferir nos diagnósticos e nos resultados das intervenções dependendo da população estudada (FERNANDES *et al.* 2015).

A partir desta perspectiva, notou-se a importância de estudar o diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em PVHA, já que, como visto, esse problema é comum nessa população e pode afetar a promoção da saúde e qualidade de vida delas. Além disso, estudos de validação de diagnóstico ainda são incipientes.

Neste contexto, surgiram as seguintes perguntas: Qual a prevalência do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte em PVHA? Quais as características definidoras mais frequentes? Quais as características definidoras que melhor representam acurácia desse diagnóstico nessa população?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Medir a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” em pessoas que vivem com HIV/aids.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a prevalência do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte”, e de suas características definidoras em pessoas com HIV/aids;
- Verificar a associação entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” e variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas que vivem com HIV/aids;
- Determinar as medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” em pessoas que vivem com HIV/aids.

3 MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas que vivem com HIV/aids.

Acurácia de uma variável é a sua habilidade de representar o valor fidedigno (HULLEY *et al.*, 2015). As abordagens essenciais para elevar a acurácia consistem em: Padronização dos métodos de aferição; Treinamento e certificação dos observadores; Otimização dos instrumentos; Automatização de instrumentos; Realização de aferições não intrusivas, por meio de aferições nas quais o indivíduo não tome ciência que essas aferições estão sendo realizadas; Calibração do instrumento e Cegamento (HULLEY *et al.*, 2015).

No estudo da acurácia diagnóstica é efetuada a avaliação de indicadores clínicos e o emprego desses para medir a probabilidade da presença de um diagnóstico de enfermagem, sendo assim relevante para a prática baseada em evidências. Esse tipo de estudo abrange dois pontos centrais: a exatidão com que os dados obtidos representam o fenômeno em estudo e o ajustamento do processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

3.2. Local do estudo

Trata-se de um estudo multicêntrico desenvolvido em três instituições: ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), Centro de Saúde Meireles e Centro de Saúde Carlos Ribeiro. O HUWC atende pacientes adultos que vivem com HIV/aids e dispõe de serviço ambulatorial, enfermarias e unidade de terapia intensiva para internação, além de realizar exames laboratoriais, radiológicos, distribuição de fármacos antirretrovirais e outros medicamentos necessários, além de preservativos.

O Centro de Saúde Meireles, abrange um serviço de testagem rápida para o HIV e um Serviço de Atendimento Especializado que atende PVHA. O Centro de Saúde Carlos Ribeiro, abriga o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) onde é disponibilizado para a população de Fortaleza o teste rápido para HIV, sífilis e hepatites B e C, sendo o único centro de saúde municipal a realizar o teste laboratorial de contagem da carga viral do HIV. Além de possuir um SAE que atende em média 780 PVHA em sua totalidade. No Centro de Saúde Carlos Ribeiro também funciona o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja), em que são atendidos, no total, cerca de 1.200 pacientes com HIV/aids.

3.3. População e amostra

A população desse estudo foi composta por indivíduos com HIV/aids maiores de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos em um dos três serviços de saúde em que essa pesquisa foi desenvolvida e que estavam em uso da terapia antirretroviral.

Os critérios de inclusão foram pacientes em uso de TARV, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo. E os critérios de exclusão foram gestantes, presença de doença mental, pessoas reclusas (penitenciários), indivíduos que vivem em casa abrigo.

Levando em consideração que o método de análise dos dados do presente estudo é o Modelo de Classe Latente, de acordo com Swanson et al. (2012) é recomendado um número de 5 a 30 sujeitos por indicador clínico estudado. O diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionado à morte tem 12 características definidoras. Desse modo, utilizou-se uma razão de 13 indivíduos por característica definidora, perfazendo um total de 156 sujeitos (12x13). A amostra do presente estudo foi composta por 162 PVHA devido à disponibilidade de participantes. Assim, teve-se um processo de amostragem não probabilística por conveniência consecutiva, no qual os pacientes foram convidados a participar da pesquisa conforme compareceram à instituição para consulta médica e/ou de enfermagem de acompanhamento regular.

3.4. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de Abril a Maio de 2016. O formulário de coleta de dados foi submetido a um pré-teste com 13 PVHA, valor relativo a 5% da amostra, como forma de avaliar a adequação desse instrumento com os objetivos do estudo e realizar quaisquer modificações necessárias.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e por uma equipe composta de um enfermeiro e um acadêmico de enfermagem participantes do Núcleo de Estudos em HIV/aids e doenças associadas (NEAIDS). Como forma de diminuir a possibilidade de vieses, previamente a coleta de dados, foi realizado um treinamento com os integrantes da equipe para padronizar a coleta de dados, esclarecidas eventuais dúvidas a cerca do instrumento, e também, foi oferecido um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE C) e uma tabela com as definições operacionais das características definidoras do diagnóstico estudado apresentada anteriormente (APÊNDICE D).

3.5. Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados dois formulários para coleta de dados, a saber:

- Questionário Sociodemográfico e de Saúde: Pacientes em uso de TARV: que envolve as seguintes variáveis identificação, data de nascimento, procedência, sexo, cor, escolaridade, estado civil, orientação sexual, se mora com um (a) parceiro (a), sorologia anti-HIV do parceiro atual, religião, situação ocupacional, número de pessoas que moram no domicílio, renda mensal familiar, tempo de diagnóstico HIV positivo, número de linfócitos T CD4+ e carga viral, entre outras variáveis (APÊNDICE A). A categorização das variáveis está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorização das variáveis sociodemográficas e clínicas

Variável	Categorização
Sexo	Masculino ou Feminino
Cor	Branca, Parda ou Outras
Estado civil	Solteiro ou Casado/Em união estável
Orientação sexual	Heterossexual, Homossexual ou Bissexual
Religião	Católica, Evangélica, Outra ou Sem religião
Situação ocupacional	Empregado ou Desempregado
Renda familiar	Em reais
Idade	Em anos
Tempo diagnóstico HIV	Em meses
Tempo de uso da TARV	Em meses

Fonte: Elaborado pelo autor.

- Instrumento de Investigação dos dados subjetivos das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte: foi desenvolvido com base nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte, de

acordo com a Taxonomia II da NANDA- I (APÊNDICE B). As doze características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte foram avaliadas de acordo com as seguintes definições operacionais:

Quadro 2 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte

Impotência (CD1)	Percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebido sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato (NANDA, 2015). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo da dor relacionada ao morrer (CD2)	Medo do sofrimento físico, ou seja, à possibilidade de padecer aflição física. Medo da desintegração de si mesmo, tornando-se dependente dos outros e indigno. Além do desconforto de presenciar o sofrimento alheio que ele está causando (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2009). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo de desenvolver doença terminal (CD3)	Medo de a doença avançar a ponto de o indivíduo ser alvo de dor física, impotência, sofrimento e morte. Medo de desenvolver aids, que impõe novos hábitos tais como: idas constantes ao médico, realização de tratamento prolongado, ingestão de medicamentos, submissão a variados exames, dificuldades em lidar com a doença, além de mudanças no cotidiano familiar. Medo de ficar continuamente mais doente devido às doenças oportunistas. (SILVA <i>et al.</i> , 2008). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo de morte prematura (CD4)	Medo de morrer cedo e não conseguir realizar as metas de vida, de trabalho, de não ter filhos ou de não ver filhos e/ou netos crescerem (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo (CD5)	Medo de perder as funções cognitivas, como a memória, a capacidade de orientação no tempo e espaço, assim como a capacidade de planejar (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.

Medo de sofrimento ao morrer (CD6)	Medo de padecer e sentir dores físicas ou morais durante o processo de morte. Medo de sofrer danos ou perder familiares e pessoas significativas devido à morte (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo de um processo de morte prolongado (CD7)	Medo da degeneração corporal, perda das funções físicas, psíquicas, intelectuais, sexuais e dos limites impostos por essa perda durante processo de morte prolongado (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Medo do processo de morrer (CD8)	Medo da aniquilação, da finitude, de não existir, de ser esquecido, da separação ou de quaisquer outros atributos relacionados à morte (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer (CD9)	Pensamentos depreciativos, ansiosos e/ou preocupantes a respeito do fim da vida e/ou passagem para outra existência. Angústia, sofrimento, sufocamento, medo e desesperança promovidos por uma possível morte dolorosa e prolongada (COVOLAN et al., 2010). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa (CD10)	Medo da perda e separação de familiares, pessoas próximas e queridas. Medo de como a pessoa significativa irá sobreviver, tanto do ponto de vista financeiro como do desenvolvimento pessoal (CARVALHO, 1999). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Preocupação quanto à tensão do cuidador (CD11)	Apreensão quanto à dificuldade da família ou pessoa significativa de desempenhar o papel de cuidador (NANDA, 2015). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.
Tristeza profunda (CD12)	Falta de vontade de sair de casa, dificuldade em sentir prazer em qualquer atividade que realize, necessidade de se isolar, medo de a doença piorar, sentimento de desesperança e falta de perspectivas futuras (ROCHA, 2003). A característica será considerada presente quando o relato do paciente foi positivo para esse sintoma.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.6. Análise dos dados

Os dados coletados foram compilados em uma planilha do *software Microsoft Excel* (2010) e analisados com o apoio do software R versão 2.12.1.

Destaca-se que sensibilidade pode ser entendida como a frequência de indivíduos que apresentam o diagnóstico de enfermagem estudado, para os quais o indicador está presente. Já especificidade refere-se a frequência de participantes do estudo que não apresentam o diagnóstico de enfermagem, para os quais o indicador está ausente (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Para verificar a sensibilidade e especificidade das características definidoras do diagnóstico de enfermagem estudado, foi utilizado o método de análise de classe latentes (ACL). A ACL é usada para calcular as medidas de acurácia de indicadores clínicos quando não existe padrão de referência perfeito, fundada na hipótese de que uma variável não observada, ou seja, latente, (diagnóstico de enfermagem), define as associações entre as variáveis observadas (características definidoras).

Um modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos foi utilizado para calcular a sensibilidade e especificidade. O modelo foi ajustado para todas as variáveis e aplicado o teste de razão de verossimilhança (G^2) para verificar a bondade do ajuste. Nos casos em que não foi apresentado bom ajuste, foram sequencialmente retiradas as características definidoras com sensibilidade e especificidade menor que 50%. Efeitos randômicos foram aplicados por considerar a existência de dependência condicional entre as características definidoras.

3.7. Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC, obtendo o número do parecer: 1.350.253, e cumprindo a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Foi ampla e claramente explicado para cada paciente que a participação no estudo era livre e que a recusa em participar da pesquisa, não lhe causaria nenhuma restrição de atendimentos posteriores. A todos foi garantido o sigilo, a confidencialidade dos dados coletados e o anonimato. Para aqueles que aceitaram participar do estudo a sua participação foi formalizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

5 RESULTADOS

Os dados foram compilados em cinco tabelas contemplando as informações sociodemográficas e clínicas, além de dados relacionados ao diagnóstico em estudo e respectivas análises estatísticas. A tabela 1 apresenta o perfil Sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características sociodemográficas. Fortaleza, 2016

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	145	89,5%
Feminino	17	10,5%
Cor		
Branca	34	21,0%
Parda	119	73,5%
Outras	9	5,5%
Estado civil		
Solteiro	120	74,1%
Casado/União estável	42	25,9%
Orientação sexual		
Heterossexual	50	31,0%
Homossexual	86	53,0%
Bissexual	26	16,0%
Religião		
Católica	79	49,0%
Evangélica	28	17,0%
Outra	11	7,0%
Sem religião	44	27,0%
Situação ocupacional		
Empregado	121	75,0%
Desempregado	41	25,0%

	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p
Idade (em anos)	34,50	1,11	32,00	11,75	<0,001
Número de filhos	0,65	1,25	0,00	1,0	<0,001
Número de moradores no domicílio	2,79	1,65	2,00	2,0	<0,001
Renda familiar (em reais)	2162,69	1740,21	1800,00	1950,0	<0,001

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil; * Teste de Liliefors.

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (89,5%), de cor parda (73,5%), solteiros (74,1%), homossexuais (53,0%), católicos (49,0%) e empregados (75,0%). Indicando assim perfil atual de PVHA em todo mundo. A média de idade da amostra foi de 34,5 anos (DP= 11,12). Metade dos participantes do estudo não tinha filhos, dividia domicílio

com mais um morador e possuía renda familiar correspondente a R\$ 1.800,00 com intervalo interquartil de R\$1.950,00 (Tabela 1).

Tabela 2 - Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características clínicas. Fortaleza, 2016

Variáveis	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p
Tempo diagnóstico HIV (meses)	32,31	41,13	16,50	30,0	<0,001
Tempo de uso da TARV (meses)	25,66	34,79	12,00	31,0	<0,001
Contagem linfócitos TCD4+	632,00	318,85	618,50	349,3	0,001
Carga viral	58730,95	137755,40	14425,00	43479,0	<0,001
Carga viral log	3,65	1,29	4,16	2,2	0,007

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil; * Teste de Liliefors.

O tempo de diagnóstico HIV positivo teve mediana de 16,5 meses. Já o tempo de uso da terapia antirretroviral apresentou mediana de 12 meses. Metade dos entrevistados tinha uma contagem de linfócitos T CD4+ referente a 618 cel/mm³, considerando assim que a maioria dos entrevistados tinha uma boa contagem desses linfócitos. No entanto, a carga viral foi correspondente a 14.425 cópias/ml, indicando um alto valor de carga viral (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos 162 participantes do estudo quanto as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte. Um participante pode ter mais do que uma característica definidora.

Tabela 3 - Distribuição das 162 pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte. Fortaleza, 2016.

Características definidoras	N	%	IC95%
Medo da dor relacionada ao morrer	152	93,8	88,6 – 96,8
Medo de sofrimento ao morrer	152	93,8	88,6 – 96,8
Impotência	147	90,7	84,9 – 94,5
Medo de um processo de morte prolongado	146	90,1	84,2 – 94,1
Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa	146	90,1	84,2 – 94,1
Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo	144	88,9	82,8 – 93,1
Medo de desenvolver doença terminal	137	84,6	77,9 – 89,6
Medo do processo de morrer	135	83,3	76,5 – 88,5
Medo de morte prematura	114	70,4	62,6 – 77,1
Tristeza profunda	110	67,9	60,0 – 62,3
Preocupação quanto à tensão do cuidador	89	54,9	46,9 – 62,7
Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer	70	43,2	35,5 – 51,2

A característica definidora *Impotência* esteve presente em 147 (90,7%) pacientes, enquanto *Medo da dor relacionada ao morrer* esteve evidente em 93,8% deles. O *Medo de desenvolver doença terminal* foi afirmado por 137 (84,6%) dos entrevistados e o *Medo de morte prematura* por 114 (70,4%). Já o *Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo* foi encontrado em 88,9% das PVHA desse estudo, juntamente com 93,8% que relataram ter *Medo de sofrimento ao morrer*. A característica definidora *Medo de um processo de morte prolongado* estava presente em 90,1% da amostra, enquanto a característica *Medo do processo de morrer* se manifestou em 83,3% deles. Somente 70 (43,2%) participantes alegaram ter *Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer*, enquanto 146 (90,1%) disseram sentir *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Finalmente, 54,9% dos pacientes sentiam *Preocupação quanto à tensão do cuidador* e 67,9% expuseram sentir *Tristeza profunda* (Tabela 3).

Sobre a análise da associação entre as características definidoras do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte e as variáveis sociodemográficas e clínicas, destaca-se que das PVHA avaliadas que estavam desempregadas, 90,24% ($p = 0,039$) apresentaram a característica *Medo de desenvolver doença terminal*, 80,48% ($p = 0,039$) tinham *Medo de*

morte prematura, 92,68% ($p = 0,001$) possuíam *Medo do processo de morrer*, outras 65,85% ($p = 0,003$) exibiam *Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer*, e 92,68% ($p = 0,002$) demonstravam *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*.

Quanto à cor, 74,78% ($p = 0,033$) entrevistados que se autodeclararam pardos, manifestaram a característica definidora *Medo de morte prematura*. Já 94,11% ($p = 0,011$) pacientes que referiram ser brancos, apresentaram *Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo*.

No que se refere à orientação sexual, dos participantes do estudo que eram bissexuais, 100% ($p = 0,027$) tinham a característica *Medo de sofrimento ao morrer* e outros 88,46% ($p = 0,035$) pacientes demonstravam *Medo do processo de morrer*. Por outro lado, das PVHA que eram homossexuais, 74,41% ($p = 0,04$) exibiam *Tristeza profunda*, e 96,51% deles apresentaram *Medo de um processo de morte prolongado*.

Analisando o estado civil, viu-se que os entrevistados que eram solteiros demonstraram as características *Medo do processo de morrer* (86,11%; $p = 0,012$) e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* (93,51%; $p < 0,001$).

Diferenças estatisticamente significantes a respeito do número de filhos foram identificadas. As PVHA que apresentaram a característica *Impotência* tinham um maior número de filhos (postos médios: 83,55 vs. 61,40; $p = 0,032$). Por outro lado, as pessoas com as características *Medo da dor relacionada ao morrer* (postos médios: 79,98 vs. 104,60; $p = 0,048$), *Medo do processo de morrer* (postos médios: 77,09 vs. 103,57; $p = 0,001$) e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* (postos médios: 78,74 vs. 106,66; $p = 0,005$) tinham um menor número de filhos.

Quanto ao número de moradores de um domicílio, os pacientes que demonstraram as características *Medo de morte prematura* (postos médios: 88,48 vs. 64,93; $p = 0,003$), e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* (postos médios: 84,58 vs. 53,38; $p = 0,009$) eram provenientes de domicílios com um número de moradores superior se comparadas àqueles sem estas características definidoras.

No que se refere ao tempo de diagnóstico HIV positivo, os indivíduos que apresentaram *Medo de morte prematura* (postos médios: 76,43 vs. 93,53; $p = 0,033$), *Medo do processo de morrer* (postos médios: 77,64 vs. 100,81; $p = 0,019$) e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* (postos médios: 78,38 vs. 110,00; $p =$

0,01) tinham um menor tempo de diagnóstico HIV positivo em comparação aos que não possuíam essas características.

Por fim, as PVHA que demonstraram a característica *Preocupação quanto à tensão do cuidador* (postos médios: 74,56 vs. 89,96; $p = 0,038$) tinham um menor valor dos linfócitos T CD4 +. Com relação à renda familiar, entrevistados que apresentaram a característica definidora *Impotência* (postos médios: 83,83 vs. 58,67; $p = 0,047$) tinham uma maior renda familiar.

A Tabela 4 apresenta o modelo de classe latente ajustado para cálculo das medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte.

Tabela 4 – Modelo de classe latente ajustado para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.

Características definidoras	Se	IC 95%		Sp	IC 95%	
Impotência (CD1)	90,14	81,73	94,57	5,70	0,02	99,99
Medo de morte prematura (CD4)	79,68	69,38	86,21	84,62	0,10	99,91
Medo do processo de morrer (CD8)	90,87	69,15	97,36	61,19	6,30	95,25
Preocupação quanto à tensão do cuidador (CD11)	62,49	51,90	70,91	89,65	0,06	99,97
Tristeza profunda (CD12)	79,40	42,47	94,27	100,00	99,94	100,00
Prevalência: 85,52%		$G^2 = 23,8$		Gl = 20	$p = 0,251$	

Se: Sensibilidade; Sp: Especificidade

As características *Impotência* e *Medo do processo de morrer* obtiveram os valores de sensibilidade mais elevados (90,14% e 90,87%, respectivamente) no modelo ajustado, o que significa que estas características definidoras apresentaram as melhores medidas de acurácia para inferir estágios iniciais do diagnóstico de enfermagem estudado. A característica *Tristeza profunda* é um bom indicador para confirmação da presença de Ansiedade relacionada à morte, pois apresentou valor de especificidade de 100%. Ainda, as características Medo de morte prematura e Tristeza profunda apresentaram os valores mais estatisticamente significantes tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade. Por fim, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte foi estimada pelo modelo de classe latente em 85,52%.

A Tabela 5 apresenta as probabilidades de se identificar ou não o diagnóstico de enfermagem estudado a partir da presença ou ausência das cinco características definidoras que compuseram o modelo de classe latente ajustado.

Tabela 5 – Probabilidades posteriores da presença/ausência do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte (ARM) de acordo com a presença (1) / ausência (0) em conjunto de características definidoras observadas na amostra de pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, 2016.

Conjuntos	Características definidoras					N	Pro. Post. de ARM	
	CD1	CD4	CD8	CD11	CD12		Ausente	Presente
1	0	0	1	0	0	2	0,669	0,331
2	0	0	1	1	1	2	0,000	1,000
3	0	1	1	0	1	2	0,000	1,000
4	0	1	1	1	1	9	0,000	1,000
5	1	0	0	0	0	12	0,983	0,017
6	1	0	0	1	0	1	0,799	0,201
7	1	0	0	1	1	2	0,000	1,000
8	1	1	0	0	0	2	0,727	0,273
9	1	1	0	1	0	2	0,156	0,844
10	1	1	0	0	1	4	0,000	1,000
11	1	1	0	1	1	4	0,000	1,000
12	1	0	1	0	0	6	0,785	0,215
13	1	0	1	1	0	6	0,202	0,798
14	1	0	1	0	1	7	0,000	1,000
15	1	0	1	1	1	10	0,000	1,000
16	1	1	1	0	0	12	0,145	0,855
17	1	1	1	1	0	9	0,012	0,988
18	1	1	1	0	1	26	0,000	1,000
19	1	1	1	1	1	44	0,000	1,000
20	NA	NA	NA	NA	NA	17	--	--

CD1: Impotência; CD4: Medo de morte prematura; CD8: Medo do processo de morrer; CD11: Preocupação quanto à tensão do cuidador; CD12: Tristeza profunda.

Destaca-se que 14 dos 20 conjuntos com diferentes combinações de características definidoras apresentaram probabilidade de manifestar o diagnóstico Ansiedade relacionada à morte. O diagnóstico estudado esteve ausente quando as características *Medo do processo de morrer* e *Impotência* foram apresentadas isoladamente. Além disso, quando ocorreu a combinação das características *Impotência* e *Preocupação quanto à tensão do cuidador*; *Impotência* e *Medo de morte prematura*; e, finalmente, *Impotência* e *Medo do processo de morrer* o diagnóstico Ansiedade relacionada à morte não esteve presente.

6 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica apresentada pelos indivíduos vivendo com HIV/aids em tratamento antirretroviral avaliados no presente estudo acompanham a evolução da epidemia no país em relação à idade e sexo. De acordo com relatório epidemiológico (BRASIL, 2013) as maiores taxas de incidência de aids estão entre homens e pessoas com idade entre 25 e 39 anos. Do mesmo modo, foi encontrado que grande parte dos indivíduos avaliados era do sexo masculino e tinham idade média de 34,5 anos, indicando, uma população jovem infectada pelo HIV. Fica evidente, assim, que grande parte das PVHA encontra-se em idade economicamente ativa, o que pode acarretar transtornos financeiros não somente para a pessoa infectada e que é provedora do lar, mas também gera custos para a sociedade no que diz respeito a uma mão de obra potencial, visto que a infecção pelo HIV está associada à necessidade de adesão à TARV e seus efeitos colaterais, frequentes consultas médicas e estigma.

Ainda, segundo Shokoohi et al. (2016), os jovens tem um risco aumentado da infecção pelo vírus e representa a maioria dos casos de novas infecções pelo HIV em diversos países. O risco elevado de infecção pelo vírus em jovens tem sido atribuído à sua falta de conhecimento e engajamento em comportamentos sexuais de risco. Sendo jovens adultos importantes para o desenvolvimento social, vê-se a necessidade de se promover atitudes e comportamentos saudáveis como forma de evitar a transmissão do HIV nessa população (SHOKOOHI *et al.*, 2016).

Em relação ao estado civil, a maioria era solteira. Destaca-se que há um risco maior de infecção pelo HIV através de relação sexual entre indivíduos solteiros ou com múltiplos parceiros, do que em pessoas casadas ou com parceiros sexuais fixos (BELLAN, *et al.*, 2013). Ainda, pode-se inferir que devido a amostra do presente estudo ser jovem e solteira, existe um risco aumentado a comportamentos de risco como uso de drogas, prática de relação sexual sem proteção, múltiplos parceiros sexuais e consumo de bebidas alcoólicas. Podendo, assim, ser justificada a maior frequência de indivíduos solteiros e infectados.

Além disso, a UNAIDS (2015) indica uma prevalência de 10,5% de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e que vivem com HIV/aids no Brasil. Em países desenvolvidos, a população mais afetada pelo HIV são os HSH, e no restante do mundo os casos de infecção pelo vírus vem crescendo a cada ano nesse grupo. Homossexuais que vivem com HIV/aids são frequentemente alvo de estigma e preconceito, tanto pela

homossexualidade, quanto por ser HIV positivo. Assim, essa população comumente tem maiores taxas de ansiedade e depressão, se comparado a outros grupos (LYONS; HEYWOOD; ROZBROJ, 2016). Esses dados corroboram com o que foi encontrado na presente pesquisa, onde mais da metade das pessoas estudadas era homossexual.

No que diz respeito à religião, a maioria afirmou ser católica. As PVHA procuram na religiosidade uma forma de conforto e uma maneira de abrandar os conflitos associados ao HIV/aids. A crença em Deus ou em outro ser divino é uma maneira de encontrar coragem e ser capaz de encarar a doença, superar o estigma e a discriminação e se motivar a aderir ao tratamento (GALVÃO; PAIVA, 2012). Assim, a religiosidade pode ser vista como uma ferramenta favorecedora da promoção da saúde e da qualidade de vida de PVHA, e deve ser implementada como instrumento facilitador do cuidado prestado a essa população, especialmente no Brasil que é um país culturalmente religioso.

Também, a TARV está fortemente relacionada com uma maior expectativa de vida de PVHA, incluindo melhor mobilidade física, maior tolerância à atividade, menor nível de dependência e melhor capacidade de trabalho (IGUMBOR; STEWART; HOLZEMER, 2013). Devido ao desenvolvimento dessa terapia e a cada vez maior difusão desse tratamento no mundo, as pessoas que vivem com o vírus, apesar das vulnerabilidades as quais estão expostas, vêm apresentado melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma “vida normal”, podendo trabalhar, praticar exercícios físicos e serem independentes. Justificando, então, o fato de grande parte dos pacientes trabalhar no momento da entrevista.

Ainda, ressalta-se a importância de filhos, familiares e amigos no suporte social a PVHA, que é carente de uma rede de apoio. O apoio de membros da família também é relacionado a níveis mais elevados de qualidade de vida (LYONS; HEYWOOD; ROZBROJ, 2016). No entanto, é comum a ocorrência de rejeição ou perda de apoio familiar devido à homossexualidade e/ou positividade para o HIV, isso pode estar associado a um intenso impacto psicológico nas pessoas afetadas. Assim, percebe-se que a falta de apoio familiar serve como uma barreira potencial para a promoção da qualidade de vida dessa população (LYONS; HEYWOOD; ROZBROJ, 2016). Desse modo, como a média do número de filhos dos entrevistados foi zero, sugerindo que grande parte dos indivíduos não tinha filhos, e a média do número de moradores no mesmo domicílio foi de duas pessoas na mesma residência, vê-se que a população estudada pode estar vulnerável ao desenvolvimento de agravos à saúde, tais como depressão e ansiedade, visto que não possui uma rede de apoio.

A média da renda familiar foi de R\$ 1.800,00, indicando que em média cada membro da família recebia um salário mínimo por mês. A associação entre HIV e pobreza tem sido amplamente estudada. Sabe-se que embora a infecção pelo vírus não se limite a pessoas com baixa renda, a pobreza está relacionada a ocupações de risco e estratégias de enfrentamento ineficazes entre pessoas que vivem em situação de pobreza, aumentando, assim, a probabilidade da infecção pelo HIV. Em termos de custos humanos e sociais, o impacto sobre a família é o mais grave já que o vírus comumente atinge adultos em idade de trabalho, o segmento mais produtivo da economia e a principal fonte de renda da família (ZHANG *et al.*, 2012).

Ainda, quanto às características clínicas, observou-se que a média de linfócitos T CD4+ foi de 618,50 cel/mm³ e a carga viral média foi 14.425,00 cópias/ml, indicando que apesar de a quantidade de linfócitos estar dentro dos padrões aceitáveis, a carga viral estava superior ao nível recomendado. Enfatiza-se, assim, a importância da adesão à TARV, visto que essa terapia está associada à prevenção da progressão da doença, melhora dos resultados clínicos e limitação da transmissão do vírus (GÜNTARD *et al.*, 2016). O acompanhamento sistemático desde o diagnóstico, a retenção no cuidado, a adesão à terapia antirretroviral, e as taxas de supressão viral são indicados para identificar e combater os obstáculos, além de aperfeiçoar os resultados de saúde individuais e públicos (GÜNTARD *et al.*, 2016).

Ao contrário dos animais, o homem tem a habilidade cognitiva de compreender que sua morte e a de entes queridos não são evitáveis, e que essa capacidade de cognição é responsável pelo surgimento da ansiedade ante a morte que virá (CARNEIRO, 2013). Em indivíduos com doenças crônicas, como é o caso do HIV/aids, a forma de vivenciar a morte é diferenciada se comprada ao restante da população. Nesse caso, o indivíduo modifica toda sua forma de se relacionar com a sociedade, reestruturando crenças, conceitos e valores, e reformulando atitudes, comportamentos e posturas diante de um novo contexto (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Essas transformações podem ocorrer em conjunto com anseios e percepções de perdas, de medo e de ansiedade, ocasionando uma forte aflição para o indivíduo. Especificamente quando se trata do HIV/aids, esses sentimentos são mais presentes devido ao medo da morte, a incerteza do futuro, o estigma da doença e ao preconceito (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Há alguns anos, as pessoas vivendo com HIV/aids estavam sujeitas a uma morte social, principalmente por no início da infecção ela se restringir a indivíduos homossexuais, e posteriormente a morte física, que ocorria em um curto espaço de tempo. Até então não

existia tratamento ou método paliativo para evitar o desenvolvimento dos estágios mais avançados da doença, levando o indivíduo à óbito rapidamente. Assim, no início, a doença configurou-se como uma espécie de morte anunciada (ALVES, 2015). No entanto, as terapias medicamentosas que tratam o HIV estão cada vez mais avançadas e são disponibilizadas gratuitamente à todas as PVHA no Brasil. Apesar disso, o conceito de que o HIV/aids está intrinsecamente relacionado com a morte ainda perdura na mentalidade da população. Assim, apesar da cronicidade dessa infecção, as pessoas vivendo com o vírus se preocupam com a morte causada pelo HIV/aids.

Analisa-se que, mesmo existindo um conhecimento geral da população quanto às formas adequadas de comportamento sexual seguro e da capacidade de prevenção da infecção entre a sociedade, ainda existe uma forte percepção de morte quando se trata do HIV, exibindo, assim, sentimentos negativos associados à infecção pelo vírus (BITTENCOURT *et al.*, 2015). Uma grande quantidade da população idealiza o HIV/aids como uma enfermidade grave e incurável e relaciona a desesperança e o medo da morte decorrentes da infecção com a culpabilização da pessoa infectada (BITTENCOURT *et al.*, 2015).

As representações sociais da aids para pessoas que convivem com o vírus têm demonstrado uma relação entre o medo da morte, receio da rejeição, depressão, falta de esperança, tristeza, choro, dentre outros sentimentos (BITTENCOURT *et al.*, 2015). O enfrentamento rotineiro desses sujeitos comprova uma relação com a preocupação da morte imediata posteriormente ao diagnóstico positivo para o HIV. Esse medo pode ser moderadamente superado através da procura por informação e empoderamento depois da revelação do diagnóstico positivo como forma de aperfeiçoar habilidades de autocuidado (BITTENCOURT *et al.*, 2015).

Alves (2015) estuda uma forma de “morte social” que antecede a morte física em PVHA. Nesse caso há uma marginalização dos indivíduos infectados por parte da sociedade antes mesmo da morte física. O sofrimento, a dor e a angústia, bem como o desgaste do organismo, são apontados como sinais do medo ocasionado pelo HIV/aids que não são necessariamente vinculados à morte iminente, mas que influenciam na qualidade de vida dessas pessoas.

O sofrimento e a ansiedade são apontados como sentimentos que antecipam e potencializam o medo da doença mesmo que esta não seja fatal, como ocorre no caso do HIV/aids. Essa aflição é gerada pela estigmatização da infecção que mesmo não levando especificamente a morte, se acredita que leve (ALVES, 2015).

Tratando-se da incidência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte, o presente estudo demonstrou que *Medo de dor relacionada ao morrer*, *Medo de sofrimento ao morrer*, *Impotência*, *Medo de um processo de morte prolongado* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* foram as características mais prevalentes. Poucos estudos sobre este diagnóstico de enfermagem foram encontrados na literatura que permitissem a comparação com os achados desta pesquisa.

Nos séculos passados a religião e a crença em um ser divino determinavam o comportamento da sociedade frente à morte. A dor, o sofrimento físico e moral eram essenciais para a absolvição dos pecados antes da morte. A religião doutrinava que a dor preparava a alma para a sua jornada após a vida (MENEZES, 2013). Com o surgimento dos hospitais como ferramenta de cura, essa crença se altera expressivamente. O conhecimento dos cientistas e profissionais da saúde tornam-se importantes referências na sociedade, e os religiosos deixam de ser a autoridade máxima no que diz respeito ao processo de morte. Assim, o sofrimento e a dor relacionados à morte perdem sentido (MENEZES, 2013). Desse modo, quanto à característica definidora *Medo de dor relacionada ao morrer*, vale elucidar que as concepções quanto à morte e ao morrer e as diferentes reações individuais socialmente aceitas se modificaram com o decorrer do tempo e com as mudanças culturais, e o que antes era visto como uma forma de clemência divina e perdão, hoje é visto como um sofrimento desnecessário e temido.

Ainda, segundo Santos, Azzolini & Simões (2015), a morte sem sofrimento é um anseio habitual entre a maioria da população. No entanto, esse desejo se intensifica quando se tem o diagnóstico de uma doença degenerativa ou que não te cura, o que é o caso do HIV/aids (SANTOS; AZZOLINI; SIMÕES, 2015). Por isso, a prevalência da característica *Medo de sofrimento ao morrer* pode ser justificada, visto que é especialmente coerente a ocorrência de sofrimento em pessoas que, diversas vezes, se culpam pela condição HIV positiva e têm medo de sofrerem durante o processo de morte como forma de castigo ou merecimento.

Além disso, no decorrer da história da epidemia do HIV/aids, a doença foi estereotipada, dificultando, assim, a convivência com a infecção. Embora cada vez mais venham se realizando ações educativas como forma de empoderamento da população, o HIV/aids ainda está relacionado com a discriminação e o preconceito por parte da sociedade (SANTOS; AZZOLINI; SIMÕES, 2015). A “síndrome do medo”, derivada do diagnóstico positivo para o HIV, é associada ao sigilo e ao isolamento social das PVHA, pois tem medo

de serem julgadas por sua condição sorológica. Desse modo, determinados sentimentos manifestam-se subjacentes à vivência de um contexto de soropositividade ao HIV, entre eles está a impotência (MENEZES, 2013). Justifica-se, então, a considerável frequência da característica *Impotência*. Do mesmo modo, como o HIV/aids ainda é incurável, pode influenciar no sentimento de impotência por parte das PVHA.

Quanto ao *Medo de um processo de morte prolongado*, pode ser explicado pelo progresso da medicina e da tecnologia que ampliaram a sobrevivência de indivíduos diagnosticados com enfermidades graves e sem cura. Contudo, esse avanço na qualidade e efetividade dessas tecnologias conduziram a um prolongamento do processo de morrer à custa de padecimento adicional para o paciente e seus entes queridos (SOUZA *et al.*, 2013). Assim, a morte vem sendo protelada por meio de equipamentos e terapias medicamentosas que não podem garantir uma boa qualidade de vida aos pacientes. De tal modo, a ciência médica e os profissionais de saúde são os responsáveis por determinar até quando deve estender uma vida, mesmo que esta não tenha a possibilidade de cura e diante do sofrimento físico e emocional (SOUZA *et al.*, 2013).

Também, sabendo que no caso do adoecimento a atmosfera de persistente apreensão e medo de morte iminente acentua o stress e a tensão, a família, os amigos e os entes queridos são fundamentais no tratamento e cura do pacientes (FERREIRA; MENDES, 2013). No entanto, quando um membro da família é hospitalizado, é estabelecida uma crise, podendo gerar desestruturação familiar. Assim, o estado emocional da família é intensamente modificado, já que o medo da morte está profundamente presente. Esses fatores adicionados a dimensão individual do sofrimento da pessoa doente como dor, medo e ansiedade acarretam importantes aspectos psicológicos e emocionais a serem trabalhados com os pacientes e seus familiares (FERREIRA; MENDES, 2013). Além do lado sentimental, em diversas situações as PVHA são provedoras da família e tem receio quanto ao impacto financeiro de uma eventual morte na vida dos entes queridos (FRANCO, 2013). Desse modo a *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* é justificada, já que como foram diagnosticadas com uma patologia que ainda não possui cura, essas pessoas tem grande receio de uma morte eminente e precoce, e conseqüentemente, se preocupam com o impacto da sua morte, por consequência de uma doença estigmatizante, sobre os familiares e entes queridos.

Com a epidemia do HIV/aids, se tornou comum o surgimento de diversos fatores que geram a exclusão social das pessoas infectada pelo vírus, sendo o desemprego, uma

condição corriqueira devido a necessidade de consultas médicas frequentes, efeitos colaterais da TARV, preconceito e discriminação (FRANCO, 2013). Desse modo, o indivíduo com HIV/aids está sujeito a uma vulnerabilidade econômica. Assim, as PVHA estão vinculadas a pobreza, miséria, preconceito, e opressão. Ainda, o indivíduo, como provedor da família, se vê incapaz de sustentar financeiramente seus familiares e, devido à condição de positividade para o HIV, tem receio quanto a sua morte e o impacto dela sobre seus dependentes (FRANCO, 2013).

Na análise da associação entre situação ocupacional e as características definidoras de Ansiedade relacionada à morte, identificou-se que as PVHA que estavam desempregadas apresentaram maior chance de manifestar as características *Medo de desenvolver doença terminal*, *Medo de morte prematura*, *Medo do processo de morrer*, *Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Podendo essas associações serem explicadas devido ao medo de a infecção se agravar e evoluir para as formas mais graves da doença e até mesmo a morte. Como grande parte dos participantes eram jovens empregados e, possivelmente, contribuírem com a renda da família, justifica-se o medo, desses indivíduos, de terem o estado de saúde agravado e morrerem, deixando seus dependentes sem auxílio.

O *Medo de sofrimento ao morrer* e o *Medo do processo de morrer* foram mais frequentes entre as PVHA que eram bissexuais. Como reforça pesquisador, em um grupo que se declara não heterossexual, as pessoas mais vulneráveis são aquelas que se declaram bissexuais (TEIXEIRA FILHO; RONDINI, 2012). Ainda, como a religiosidade é um forte aspecto cultural brasileiro, em algumas situações, o sujeito bissexual se sente culpado pela sorologia positiva para o HIV, visto que a infecção por esse vírus pode ser vista como consequência de ações contrárias ao que é doutrinado pela Igreja. Além disso, esses indivíduos podem apresentar receio quanto ao sofrimento e a morte por medo de se serem punidos ou castigados por Deus devido a sua opção sexual (AMOAKO-AGYEMAN, 2012).

Segundo Cunha & Gomes (2015) grupos marginalizados, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, são mais susceptíveis à depressão. Assim, os problemas de identidade e orientação sexual são características de risco para depressão e suicídio. Segundo esses autores, indivíduos homossexuais têm de duas a seis vezes mais chance de praticarem suicídio se comparado aos heterossexuais (CUNHA; GOMES, 2015). Ainda, homossexuais estão mais relacionados com abuso de álcool, baixa autoestima e transtornos alimentares. Além do estigma da positividade para o HIV, essas pessoas ainda sofrem preconceito por conta da homossexualidade, o que

pode acarretar uma tristeza profunda devido a sua condição sorológica e deficiente suporte social (CUNHA; GOMES, 2015). Assim, justifica-se a prevalência da característica *Tristeza profunda* entre os indivíduos homossexuais.

Segundo pesquisa, a grande frequência de casos de preconceito, discriminação e estigma associados ao HIV/aids aumentam a ansiedade e vulnerabilidade de PVHA, influenciando negativamente na vivência desses indivíduos no que se refere à gravidez e aos cuidados com o filho (GAVÃO; CUNHA; LIMA, 2014). Nota-se que as PVHA expressam uma concepção fatalista da infecção pelo vírus e se sentem impotentes para se proteger (GAVÃO; CUNHA; LIMA, 2014). Segundo outro estudo, os sentimentos vivenciados por pessoas infectadas pelo HIV e seus familiares após o diagnóstico foram: medo da morte, impotência, culpa e isolamento. Ainda, o sentimento de impotência pode se manifestar entre essa população, pois muitas vezes as PVHA se sentem inúteis diante da sua condição sorológica, principalmente quando o indivíduo é responsável pelo sustento do lar. Nesse caso, a positividade para o HIV gera o sentimento de incapacidade para cumprir suas funções diárias, como cuidar dos filhos (ACADROLI; SILVA, 2014). Assim, a característica *Impotência* teve maior frequência entre aqueles com maior número de filhos.

O número de moradores em um domicílio foi maior entre os indivíduos que apresentaram *Medo de morte prematura e Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Em diversas situações, a família e amigos atuam como suporte social às pessoas vivendo com HIV/aids. Esse suporte pode se dar tanto pelo apoio financeiro e/ou material, como por comportamentos de escutar, de fornecer atenção ou fazer companhia para que as PVHA se sintam estimadas e cuidadas (SANTOS *et al.*, 2015). Assim, em determinados casos, o surgimento do adoecimento em algum ente querido tem a tendência de aproximar os vínculos familiares e afetivos, como forma de suporte e apoio ao paciente (FERREIRA; MENDES, 2013). Desse modo, entende-se que as PVHA tenham medo de uma morte prematura e do impacto dessa morte entre seus familiares e amigos, principalmente porque a maioria dos entrevistados do presente estudo eram jovens adultos com expectativas e planos futuros.

Ainda, foi estudado que a descoberta do diagnóstico HIV positivo é um evento doloroso (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014). A comprovação do diagnóstico de uma doença que é relacionada à discriminação, ao preconceito e ao estigma motiva o surgimento de diferentes atitudes e emoções frente ao seu modo de viver, afinal, a infecção pelo vírus é diretamente associada à sua intimidade, aos seus relacionamentos e à morte. Quando um indivíduo é infectado pelo HIV surgem diversas dúvidas e incertezas, pois não é sabido se

esse indivíduo irá desenvolver a aids ou como será o progresso do vírus (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014). Assim, entre os participantes que possuíam um menor tempo de diagnóstico HIV positivo, foram demonstradas as características *Medo de morte prematura*, *Medo do processo de morrer* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Isso pode ser explicado pelo grande impacto que o diagnóstico positivo para o HIV gera na pessoa infectada. Como o indivíduo encontra-se em uma situação nova, na qual não possui, ainda, informações suficientes, o medo de morrer é justificável.

Desse modo, compreende-se que a descoberta do diagnóstico HIV positivo é traumática e, em diversas situações, as pessoas com diagnóstico recente sentem revolta, medo, dor, tristeza e traição (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014). Além disso, embora com o surgimento da TARV, que vem melhorando a expectativa e qualidade de vida de PVHA, a associação entre HIV/aids e morte tenha diminuído, ainda existe o estigma de que o HIV está relacionado com morte eminente. No entanto, o medo frequente da morte diminui à medida que o tempo passa (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014). Assim, a ideia difundida na sociedade de que o HIV/aids é fortemente relacionado à morte vai diminuindo e abrindo caminho para que as PVHA entendam que o acesso universal e gratuito à TARV, garantido pelo Governo federal, possibilita uma diminuição expressiva da mortalidade causada por esse vírus (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014). Desse modo, entende-se que PVHA com diagnóstico recente tenham maior chance de apresentar as características *Medo de morte prematura*, *Medo do processo de morrer* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa* do que indivíduos com maior tempo de diagnóstico.

Finalmente, maiores contagens de linfócitos T CD4⁺ estão inversamente relacionadas com a característica definidora *Preocupação quanto à tensão do cuidador*. Como afirmado por pesquisador, baixos níveis de linfócitos T CD4⁺ são apontados como fatores de risco para o aparecimento de casos de demência em PVHA (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013). Ainda, indivíduos com uma contagem de linfócitos T CD4⁺ acima de 500 cels/mm³ avaliaram melhor a sua vida em comparação àqueles que tinham uma baixa contagem destes linfócitos. A relevância da análise da contagem de células T CD4 em PVHA se dá pela importância desses linfócitos como preditores biológicos do status da doença e sua progressão, bem como de vulnerabilidade a infecções oportunistas (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013). Desse modo, a contagem de linfócitos T CD4⁺ é de fundamental importância para a avaliação de uma qualidade de vida satisfatória, tendo em vista que essa qualidade de vida engloba aspectos relacionados à saúde física, psicológica, relações sociais, entre outras (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013). Justificando-se, assim, que

indivíduos com maiores níveis de linfócitos T CD4 + não se preocupam na sobrecarga do seu cuidador, pois possuem maiores níveis de independência, não necessitando, assim, de cuidados.

Por fim, houve uma prevalência de 85,5% do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte em pessoas vivendo com HIV/aids. Essa elevada prevalência também foi observada em outro estudo realizado com pacientes sem HIV/aids em tratamento hemodinâmico, em que a frequência do diagnóstico foi de 100% (KRAUZER; BROCARDI; SCARSI, 2011). Por outro lado, outro estudo desenvolvido com pacientes em cuidados paliativos e não infectados pelo vírus, a frequência do diagnóstico Ansiedade relacionada à morte foi de 31,7%, valor bastante inferior ao encontrado no presente estudo (LODHI *et al.*, 2014).

7 CONCLUSÕES

As características definidoras mais frequentes no estudo foram, respectivamente, *Medo de dor relacionada ao morrer*, *Medo de sofrimento ao morrer*, *Impotência*, *Medo de um processo de morte prolongado* e *Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa*. Todas possuindo frequência superior a 90% dos indivíduos estudados. Em contrapartida, as características menos frequentes foram *Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer* e *Preocupação quanto à tensão do cuidador*.

Por meio da análise da classe latente, verificou-se que 85,52% das pessoas vivendo com HIV/aids analisadas manifestaram o diagnóstico em estudo. Ademais, as características que apresentaram maior sensibilidade foram *Medo do processo de morrer* e *Impotência*, enquanto *Tristeza profunda* e *Preocupação quanto à tensão do cuidador* tiveram maior especificidade, tendo *Tristeza profunda* apresentado um valor igual a 100% para especificidade.

A realização deste estudo permitiu a avaliação da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas vivendo com HIV/aids. Espera-se que os resultados adquiridos possam cooperar para um melhor entendimento da manifestação desse diagnóstico em PVHA, bem como de quais sinais e sintomas são mais frequentes e acurados para a inferência desse diagnóstico e das possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com as características definidoras e o diagnóstico.

Contudo, os resultados obtidos precisam ser analisados com ponderação, visto que como o acesso a pessoas que são atendidas em serviços particulares é limitado, a amostra do presente estudo foi captada em serviços públicos de saúde, onde vulnerabilidades como baixa renda familiar, baixa escolaridade, difícil acesso a serviços de saúde, entre outros, são mais frequentes, excluindo portanto, locais de atendimento de saúde privado, onde são atendidas as pessoas com planos de saúde.

Por fim, faz-se necessária a realização de novas pesquisas com o mesmo diagnóstico de enfermagem e em diferentes populações para possível comparação em cada contexto particular. Ainda, vê-se a importância deste estudo para assessorar os enfermeiros na prática clínica, contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ACADROLI, R.A.R.S; SILVA, M.A. Conflitos e sentimentos familiares no conviver com o paciente portador de HIV/AIDS. **Estudos**, v. 41, p. 101-112, 2014.

ALVES, Ricardo Henrique Ayres. **Tanatografias da aids nas artes visuais: O corpo enfermo diante da morte e da fotografia**. 2015. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Instituto de Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2015.

AMOAKO-AGUEMAN, K. N. Adolescent religiosity and attitudes to HIV and AIDS in Ghana. **Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA**, v. 9, n. 4, p. 227-241, 2012.

ARAÚJO, L. P.; HELMER, D. S.; GOMES, L.; FUKUDA, C. C.; FREITAS, M. H. Medo à morte e ao morrer em idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 31, n. 2, p. 213-218, 2009.

AVENA, M. J.; PEDREIRA, M. L.G; GUTIÉRREZ, M. G.R. Validação conceitual das características definidoras de diagnósticos de enfermagem respiratórios em neonatos. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 76-85, 2014.

BELLAN, S.E.; FIORELLA, K.J.; MELESSE, D.Y.; GETZ, W. M.; WILLIAMS, B.G.; DUSHOFF, J. The role of extracouple HIV transmission in sub-Saharan Africa. **The Lancet**, v. 381, n. 9877, p. 1561-1569, 2013.

BITTENCOURT, G.K.G.D; MOREIRA, M.A.S.P.; MEIRA, L.C.S.; NÓBREGA, M.M.L.; NOGUEIRA, J.A.; SILVA, A.O. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n.4, p. 579-85, 2015.

BRASIL. **Botelim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de HIV/AIDS, Ano IV, n. 1, 27^a à 52^a semanas epidemiológicas, jul./dez. 2014, 1^a à 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2015.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola. **Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2014.

CARNEIRO, Rúben José Sotto Maior Faria. **Ansiedade perante a morte e imortalidade simbólica: Estudo comparativo entre diferentes grupos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade Fernando Pessoa, Porto 2013.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. **Dor um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

CELEDÔNIO, L.P.; ANDRADE, L.S. Aids na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/aids. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 47-60, 2014.

COELHO, M. Q.; CORDEIRO, J. M.; BARBOSA JÚNIOR, E. S.; FERREIRA, Y. F.; CAMILO, C. C.; SOUZA, B. F.; FERREIRA, R. C. Profile of people living with HIV/AIDS and prevalence of oral manifestations in these individuals. **Montes Claros**, v. 16, n. 2, p. 28-37, 2014.

COLOVAN, N. T.; CORRÊA, C. L.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T.; MURATA, M. P. F. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p. 561–71, 2010.

CUNHA, J.; MASELLI, L. M; F.; STERN, A. C. B.; SPADA, C.; BYDŁOWSKI. Impact of antiretroviral therapy on lipid metabolism of human immunodeficiency virus-infected patients: Old and new drugs. **World J Virol**, v. 4, n. 2, p. 56-77, 2015.

CUNHA, R.B.B.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 57-70, 2015.

DABAGHZADEH, F.; JABBARI, F.; KHALILI, H.; ABBASIAN, L. Associated Factors of Suicidal Thoughts in HIV-Positive Individuals. **Iran J Psychiatry**, v. 10, n. 3, p. 185-191, 2015.

FARIA, J. O; SILVA, G. A. Nursing Diagnoses in Persons with HIV/AIDS: An Approach Based on Horta's Conceptual Model. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 290-300, 2013.

FERNANDES, M. I. C. D.; BISPO, M. M.; LEITE, E. M. D.; LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; LIRA, A. L. B. C. Diagnostic accuracy of the defining characteristics of the excessive fluid volume diagnosis in hemodialysis patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 3, n. 6, p. 1057-1064, 2015.

FERREIRA, P.D.; MENDES, T.N. Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico Diante da Iminência de Morte. **Rev. SBPH**, v.16, n.1, p. 88-112, 2013

FRANCO, R.K.G. Corpo, HIV/aids e as contradições da saúde do trabalhador. **Revista Dialectus**, v. 1, n. 2, p. 239-252, 2013.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, 2012, p. 1022-1027.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; LIMA, I.C.V. Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.4, p.804-811, 2014.

GÜNTARD, H.F.; SAAG, M.S.; BENSON, C.A.; DEL RIO, C.; ERON, J.J.; GALLANT, J.E.; HOY, J.F.; MUGAVERO, M.J.; SAX, P.E.; THOMPSON, M.A.; GANDHI, R.T.; LANDOVITZ, R.J.; SMITH, D.M.; JACOBSEN, D.M.; VOLBERDING, P.A. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. **JAMA**, v. 316, n. 2, p. 191-210, 2016.

HULLEY, Stephen; CUMMINGS, Steven; BROWNER, Warren; GRADY, Deborah; NEWMAN, Thomas. **Delineando a pesquisa Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IGUMBOR, J.; STEWART, A.; HOLZEMER, W. Comparison of the healthrelated KRAUZER, I.M.; BROCARDO, D.; SCARSI, T. A metodologia de Callista Roy aplicada em clientes submetidos à intervenção hemodinâmica. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 2, p. 183-193, 2011.

LODHI, M.K; CHEEMA, U.I.; STIFTER, J.; WILKIE, D.J.; KEENAN, G.M.; YAO, Y.; ANSARI, R.; KHOKHAR, A.A. Death Anxiety in Hospitalized End-of-Life Patients as Captured from a Structured Electronic Health Record: Differences by Patient and Nurse Characteristics. **Res Gerontol Nurs.**, v. 7, n. 5, p. 224–234, 2014

LOPES, M.V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowl.**, v. 23, n. 3., p. 134-139, 2012.

LOPES, Pedro Miguel Macedo Pinto Garcia. **A relação entre a religiosidade e ansiedade perante a morte na velhice**. 2013. Dissertação (Mestrado integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa 2013.

LYONS, A.; HEYWOOD, W.; ROZBROJ, T. Psychosocial factors associated with flourishing among Australian HIV-positive gay men. **BMC Psychology**, v. 15, n. 4, 2016.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012 .

MEDEIROS, B; SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 543-550, 2013.

MENEZES, R. A. A medicalização da esperança: Reflexões em torno de vida, saúde/doença e morte. **Rev. Antropol. (Online)**, v. 5 n. 2, p. 478-498, 2013.

MILLER, A. K.; LEE, B. L.; HENDERSON, C. E. Death Anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. **Death Studies**, v. 36, p. 640-663, 2012.

MOCUMBI, A. O. Cardiac Disease and HIV in Africa: A Case for Physical Exercise. **The Open AIDS Journal**, v. 9, n. Suppl 1: M2, p. 62-65, 2015.

NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NSAGHA, D. S.; WELEDJI, E. P.; ASSOBO, N. J. C.; NJUNDA, L. A.; TANUE, E. A.; KIBU, O. D.; AYIMA, C. W.; NGOWE, M. N. Highly active antiretroviral therapy and dyslipidemia in people living with HIV/AIDS in Fako Division, South West Region of Cameroon. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 15, n. 95, 2015.

PAANS, W.; SERMEUS, W.; NIEWEG, R. M. B.; KRIJNEN, W. P.; SCHANS, C. P. V. D. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? A randomised study. **BMC Nursing**, v. 11, n. 11, 2012.

PEIXOTO, K. S. M.; SILVA, R. A. R.; COSTA, R. H. S. Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2123-2136, 2015.

PEREIRA, D.M.A.; SILVA, M.G.A.C.; OLIVEIRA, D.C. Quality of life of individuals with HIV: A Literature Review. **Rev. Saúde em foco**, v. 2, n. 1, p. 93-112, 2015.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Difficulties in the implantation of nursing's process: theoretical revision. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 3, p. 1-14, 2010.

RICHARDSON, V.; BERMAN, S.; PIWOWARSKI, M. Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. **The Journal of General Psychology**, v. 109, p. 149-156, 1983.

ROCHA, Sandra Regina Ayres. **O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda: sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília 2003.

SAADAT, M.; BEHBOODI, Z. M.; SAADAT, E. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. **J Hum Reprod Sci.**, v. 8, n. 1, p. 48-51, 2015.

SALES, J. C. S.; TEIXEIRA, G. B. S. F.; SOUSA, H. O.; REBELO, R. C. A percepção do idoso de um centro de convivência de Teresina – PI sobre a aids. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 3, p. 620-627, 2013.

SANTOS, A.A.; AZZOLINI, M.; SIMÕES, I.A.R. Significado e Percepção de Eutanásia Sob a Óptica de Acadêmicos de Medicina de Uma Cidade Sul Mineira. **Revista Ciências em Saúde**, v. 5, n. 4, 2015.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Professional Autonomy and Nursing Care Systematization: The Nurses' Perception. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2012.

SANTOS, W.M.; PADOIN, S.M.M.; MAGNAGO, T.S.B.S.; DALMOLIN, G.L.; ZUGE, S.S. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. **Sci Med**, v. 25, n. 2, 2015.

SHOKOOHI, M.; KARAMOUZIAN, M.; MIRZAZADEH, A.; HAGHDOOST, A.; RAFIERAD, A.; SEDAGHAT, A.; SHARIFI, H. HIV Knowledge, Attitudes, and Practices of Young People in Iran: Findings of a National Population-Based Survey in 2013. **Plos One**, v. 11, n. 9, 2016.

SILVA, R. A. R.; ROCHA, V. M.; DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 260-265, 2008 .

SOUZA, L.F.; MISKO, M.D.; SILVA, L.; POLES, K.; SANTOS, M.R.; BOUSSO, R.S. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 30-37, 2013.

SWANSON, S. A.; LINDENBERG, K.; BAUER, S.; CROSBY, R. D. A Monte Carlo Investigation of Factors Influencing Latent Class Analysis: An Application to Eating Disorder Research. **Int J Eat Disord**, v. 45, p.677–684, 2012.

TEIXEIRA FILHO, F.S.; RONDINI, C.A. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.3, p.651-667, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Update on the Health Sector response to HIV, 2014. Suíça, 2014.

ZHANG, X.; ZHANG, Y.; ALEONG, T.; BAKER, T.; FULLER-THOMSON, E. Factors associated with the Household Income of Persons Living with HIV/AIDS in China. **Global Journal of Health Science**, v. 4, n. 3, p. 108-116, 2012.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE:
PACIENTES EM USO DE TARV**

Nome: _____ N. Pront: _____
 Endereço: Rua: _____ n. _____ Compl. _____
 Bairro: _____ Cidade _____ .Telefone pessoal: _____
 Pessoa para contato: _____ Tel da pessoa: _____

- | | | |
|---|-----|----------|
| 1) Data da entrevista (DD/MM/AA) | DEN | __/__/__ |
| 2) Data de Nascimento (DD/MM/AAAA) | DN | __/__/__ |
| 3)Sexo: 1()M, 2()F | SEX | ____ |
| 4) Cor (autoinformada):1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena | RAC | ____ |
| 5) Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou) | ESC | ____ |
| 6) Estado Civil? 1 () Solteiro, 2 () Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado,
3 () Divorciado/Separado, 4 () Viúvo. | ECI | ____ |
| 7) Qual sua categoria de exposição? 1()Sexual, 2() T.Vertical, 3() Sanguinea/transf,
4() Sanguinea/UDE, 5() Acidente perf/cort, 6 () Outro | CTE | ____ |
| 8) Qual sua orientação sexual?:1()Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual | OSE | ____ |
| 9) Mora com parceiro?1() Sim / 0 () Não | MCP | ____ |
| 10) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?:1() Positiva, 2 () Negativa,
3() Não sabe/Não fez,4.()Sem parceiro | SRP | ____ |
| 11) Número de filhos? _____ (0=Nenhum) | FIL | ____ |
| 12) Qual é a sua religião? 1()Católica, 2()Evangélica, 3()Espírita, 4()Outra, 5()Sem
Religião. | REL | ____ |
| 13) Situação Ocupacional: 1 ()Empregado, 2 () Desempregado 3 () Aposentado | OCU | ____ |
| 14) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____ | NPD | ____ |
| 15) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____. | RMF | ____ |
| 16) Tempo de Diagnóstico HIV Positivo? | DHV | ____ |
| 17) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV) | TRV | ____ |
| 18) Em uso atual de medicação psiquiátrica:1() Sim, 2() Não | PSI | ____ |
| 19) Meses em uso de Antidepressivo _____ (0=Não utiliza) | PAD | ____ |
| 20) Meses em uso de Estabilizador de Humor _____ (0=Não utiliza) | PEH | ____ |
| 21) Meses em uso de Antipsicótico _____ (0=Não utiliza) | PAP | ____ |
| 22) Meses em uso de Benzodiazepínico _____ (0=Não utiliza) | PBZ | ____ |
| Dados do Prontuário | | |
| 23) CD4 _____ | CD4 | ____ |
| 24) CD4% _____ | CDP | ____ |
| 25) CD4 Data (DD/MM/AA) | CDD | __/__/__ |
| 26) CARGA VIRAL _____ | CAV | ____ |
| 27) Carga Viral Log _____ | LCV | ____ |
| 28) Carga Viral Data (DD/MM/AA) | CVD | __/__/__ |

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DOS DADOS SUBJETIVOS
DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE**

1. Você sente que suas ações mudarão a situação em que se encontra e que tem controle sobre a sua doença? (CD1)

1.1. () Sim 1.2. () Não

2. Você tem medo: 1) do sofrimento físico; 2) de sentir dores físicas; 3) da desintegração de si mesmo; 4) de se tornar dependente dos outros; 5) de se tornar indigno e/ou 6) de presenciar o sofrimento de entes queridos por sua causa? (CD2)

2.1. () Sim. Quais? _____ 2.2. () Não

3. Você tem medo: 1) de a sua doença avançar a ponto de você sentir dor física, se sentir impotente, sofrer e morrer; 2) de desenvolver aids; 3) de ter que mudar seu cotidiano devido a aids, como por exemplo ir a mais consultas com o médico, realizar um tratamento prolongado, aderir ao tratamento e realizar vários exames; e/ou 4) de ficar continuamente mais doente devido às doenças oportunistas ? (CD3)

3.1. () Sim. Quais? _____ 3.2. () Não

4. Você tem medo de: 1) morrer cedo; 2) não conseguir realizar suas metas de vida; e/ou 3) de não ter filhos ou de não ver filhos e netos crescerem? (CD4)

4.1. () Sim. Quais? _____ 4.2. () Não

5. Você tem medo: 1) de perder a memória; 2) de perder a capacidade de orientação no tempo e espaço; 3) de perder a capacidade de planejar; e/ou 4) de perder o controle e autonomia da própria vida próximo da morte? (CD5)

5.1. () Sim. Quais? _____ 5.2. () Não

6. Você tem medo: 1) de sentir dores físicas e/ou morais durante o processo de morte; 2) de sofrer danos; e/ou 3) de perder familiares e pessoas significativas devido à morte? (CD6)

6.1. () Sim. Quais? _____ 6.2. () Não

7. Você tem medo: 1) da degeneração corporal; 2) da perda das funções físicas, psíquicas, intelectuais e/ou sexuais; e/ou 3) dos limites impostos por essa perda durante um processo de morte prolongado? (CD7)

7.1. () Sim. Quais? _____ 7.2. () Não

8. Você tem medo: 1) de morrer; 2) de não existir; 3) de ser esquecido; 4) da separação dos entes queridos; e/ou 5) de quaisquer outros aspectos relacionados à morte? (CD8)

8.1. () Sim. Quais? _____ 8.2. () Não

9. Você tem sentimentos, como: 1) ansiedade ou preocupação a respeito do fim da vida; 2) angústia; 3) sofrimento; 4) sufocamento; 5) medo e/ou 6) desesperança devido a uma possível morte? (CD9)

9.1. () Sim. Quais _____ 9.2. () Não

10. Você tem medo: 1) da perda e separação de familiares, pessoas próximas e queridas; 2) de como seus entes queridos irão sobreviver financeiramente sem você; e/ou 3) de como a seus entes queridos irão sobreviver psicologicamente e emocionalmente sem você? (CD10)

10.1. () Sim. Quais? _____ 10.2. () Não

11. Você tem medo de sua família ou pessoa significativa ter dificuldade ou não conseguir desempenhar o papel de cuidador caso fique dependente de seus cuidados? (CD11)

11.1. () Sim. _____ 11.2. () Não

12. Você sente: 1) falta de vontade de sair de casa; 2) dificuldade em sentir prazer em qualquer atividade que realize; 3) necessidade de se isolar; 4) medo de a doença piorar; 5) falta de esperança; 5) que é inútil; e/ou 6) falta de perspectivas futuras (CD12)

12.1. () Sim. Quais? _____ 12.2. () Não

APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Ceará- UFC	Procedimento Operacional Padrão (POP) para coleta de dados	Hospital Universitário Walter Cantídio – Ambulatório de Infectologia / Posto de Saúde da Família Carlos Ribeiro
---	---	--

ATIVIDADE: Coleta de dados para desenvolvimento de uma Dissertação de Mestrado.

EXECUTANTE: Enfermeiro e acadêmico de enfermagem previamente treinado.

OBJETIVOS:

- Aplicar um questionário de entrevista para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos;
- Aplicar formulário de coleta de dados das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Instrumentos para coleta de dados;
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Lápis comum e apontador;
- Caneta esferográfica.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. Apresentar-se ao enfermeiro responsável pelo setor expondo os objetivos da pesquisa, procedimento a ser realizado e solicitar autorização para aplicação dos instrumentos de coleta de dados
2. Apresentar-se ao paciente, expor os objetivos da pesquisa informando-o quanto a confidencialidade das informações, solicitar autorização para aplicação dos instrumentos de coleta de dados e solicitar assinatura do TCLE;
3. Anotar informações sobre identificação do paciente os e dados sociodemográficos e clínicos;
4. Aplicar o instrumento de coleta de dados anotando todas as respostas no formulário e registrar dados complementares se necessário;
5. Agradecer a participação e colaboração do paciente.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Procure dar abertura para o entrevistado se expressar sem perder a objetividade durante a entrevista;
- Investigue todos os dados do instrumento e solicite informações complementares se necessário;
- Realize a coleta de dados conforme padronização e registre todos os achados.

**APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES PARA OBTENÇÃO DOS DADOS
RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE**

Características definiforas	Definição Operacional	Procedimento de coleta
Impotência (CD1)	Percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebido sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato (NANDA, 2015).	Perguntar se o paciente sente que suas ações mudarão a situação em que se encontra e/ou que tem controle sobre sua situação atual. Caso o entrevistado responda “não” à pergunta, a CD1 estará presente.
Medo da dor relacionada ao morrer (CD2)	Medo do sofrimento físico, ou seja, à possibilidade de padecer aflição física. Medo da desintegração de si mesmo, tornando-se dependente dos outros e indigno. Além do desconforto de presenciar o sofrimento alheio que ele está causando (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2009).	Perguntar se o paciente tem medo do sofrimento físico, de sentir dores físicas, da desintegração de si mesmo, de se tornar dependente dos outros, de se tornar indigno e/ou de presenciar o sofrimento de entes queridos por sua causa. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD2 estará presente.
Medo de desenvolver doença terminal (CD3)	Medo de a doença avançar a ponto de o indivíduo ser alvo de dor física, impotência, sofrimento e morte. Medo de desenvolver aids, que impõe novos hábitos tais como: idas constantes ao médico, realização de tratamento prolongado, ingestão de medicamentos, submissão a variados exames, dificuldades em	Perguntar se o paciente tem medo de a sua doença avançar a ponto de você sentir dor física, de se sentir impotente, de sofrer e morrer; de desenvolver aids; de ter que mudar seu cotidiano devido a aids, como ir a mais consultas com o médico, realizar um tratamento prolongado, aderir ao tratamento e realizar vários

	lidar com a doença, além de mudanças no cotidiano familiar. Medo de ficar continuamente mais doente devido às doenças oportunistas. (SILVA et al., 2008).	exames; e/ou de ficar continuamente mais doente devido às doenças oportunistas. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD3 estará presente.
Medo de morte prematura (CD4)	Medo de morrer cedo e não conseguir realizar as metas de vida, de trabalho, de não ter filhos ou de não ver filhos e/ou netos crescerem (CARVALHO, 1999).	Perguntar se o paciente tem medo de morrer cedo; de não conseguir realizar suas metas de vida; e/ou de não ter filhos ou de não ver filhos e netos crescerem. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD4 estará presente.
Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo (CD5)	Medo de perder as funções cognitivas, como a memória, a capacidade de orientação no tempo e espaço, assim como a capacidade de planejar (CARVALHO, 1999).	Perguntar se o paciente tem medo de perder a memória; de perder a capacidade de orientação no tempo e espaço; de perder a capacidade de planejar; e/ou de perder o controle e autonomia da própria vida próximo da morte. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD5 estará presente.
Medo de sofrimento ao morrer (CD6)	Medo de padecer e sentir dores físicas ou morais durante o processo de morte. Medo de sofrer danos ou perder familiares e pessoas significativas devido à morte (CARVALHO, 1999).	Perguntar se o paciente tem medo de sentir dores físicas e/ou morais durante o processo de morte; de sofrer danos; e/ou de perder familiares e pessoas significativas devido à morte. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD6 estará presente.

Medo de um processo de morte prolongado (CD7)	Medo da degeneração corporal, perda das funções físicas, psíquicas, intelectuais sexuais e dos limites impostos por essa perda durante processo de morte prolongado (CARVALHO, 1999).	Perguntar se o paciente tem medo da degeneração corporal; da perda das funções físicas, psíquicas, intelectuais e/ou sexuais; e/ou dos limites impostos por essa perda durante um processo de morte prolongado. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD7 estará presente.
Medo do processo de morrer (CD8)	Medo da aniquilação, da finitude, de não existir, de ser esquecido, da separação ou de quaisquer outros atributos relacionados à morte (CARVALHO, 1999).	Perguntar se o paciente tem medo de morrer; de não existir; de ser esquecido; da separação; e/ou de quaisquer outros aspectos relacionados à morte. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD8 estará presente.
Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer (CD9)	Pensamentos depreciativos, ansiosos e/ou preocupantes a respeito do fim da vida e/ou passagem para outra existência. Angústia, sofrimento, sufocamento, medo, sofrimento e desesperança promovidos por uma possível morte dolorosa e prolongada (COVOLAN et al., 2010).	Perguntar se o paciente tem sentimentos, como ansiedade ou preocupação a respeito do fim da vida; angústia; sofrimento; sufocamento; medo; sofrimento; e/ou desesperança devido a uma possível morte. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD9 estará presente.
Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa (CD10)	Medo da perda e separação de familiares, pessoas próximas e queridas. Medo de como a pessoa significativa irá sobreviver, tanto do ponto de vista financeiro como do desenvolvimento pessoal	Perguntar se o paciente tem medo da perda e separação de familiares, pessoas próximas e queridas; de como seus entes queridos irão sobreviver financeiramente sem ele; e/ou de

	(CARVALHO, 1999).	como a seus entes queridos irão sobreviver psicologicamente e emocionalmente sem ele. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD10 estará presente.
Preocupação quanto à tensão do cuidador (CD11)	Apreensão quanto à dificuldade da família ou pessoa significativa de desempenhar o papel de cuidador (NANDA, 2015).	Perguntar se o paciente tem medo de sua família ou pessoa significativa ter dificuldade em desempenhar o papel de cuidador caso fique dependente de seus cuidados; e/ou de seus familiares ou pessoa significativa não conseguirem cuidar dele caso fique dependente de seus cuidados. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD11 estará presente.
Tristeza profunda (CD12)	Falta de vontade de sair de casa, dificuldade em sentir prazer em qualquer atividade que realize, necessidade de se isolar, medo de a doença piorar, sentimento de desesperança, inutilidade e falta de perspectivas futuras (ROCHA, 2003).	Perguntar se o paciente sente falta de vontade de sair de casa; dificuldade em sentir prazer em qualquer atividade que realize; necessidade de se isolar; medo de a doença piorar; falta de esperança; que é inútil; e/ou falta de perspectivas futuras. Caso o entrevistado responda “sim” à pergunta, a CD12 estará presente.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a). Você está sendo convidado(a) por Herta de Oliveira Alexandre a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “ansiedade relacionada à morte” em pessoas que vivem com HIV/aids**”. 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 como objetivo analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” em pessoas que vivem com HIV/aids. Durante o atendimento iremos perguntar diversos dados sobre sua identificação e sobre o seu acompanhamento de saúde, além de avaliar as características definidoras do diagnóstico “Ansiedade relacionada à morte”. Esse estudo o beneficiará indiretamente, visto que é significativo avaliar diagnóstico de enfermagem “Ansiedade relacionada à morte” em pessoas que vivem com HIV/aids para assim tornar possível o direcionamento das intervenções de enfermagem especificamente para pessoas com HIV/aids. Essa pesquisa terá o risco mínimo de gerar desconforto durante a entrevista, caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e o entrevistador oferecerá suporte e apoio. Sua participação será espontânea.

A qualquer momento, o(a) senhor (a) poderá recusar continuar participando dessa pesquisa e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Como pesquisador, comprometo-me que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo. A qualquer momento poderemos esclarecer eventuais dúvidas. Caso necessite você poderá ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

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

<p>Nome: Herta de Oliveira Alexandre Instituição: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo. Telefones para contato: 3366-8460</p>

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.

O abaixo assinado _____, ___anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma 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.

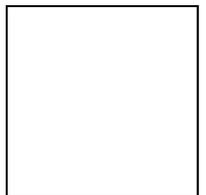
Fortaleza, ___/___/___

Assinatura e RG do paciente

Assinatura da Testemunha

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.



Assinatura do Pesquisador

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE" EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Pesquisador: HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54417916.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.456

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte em pessoas que vivem com HIV/aids. O estudo será desenvolvido em três instituições de saúde: Hospital Universitário Walter Cantídio, Centro de Saúde Meireles e na Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Análisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "Ansiedade relacionada à morte" em pessoas que vivem com HIV/aids.

Objetivos Secundários:

- Identificar a frequência do diagnóstico de enfermagem "Ansiedade relacionada à morte", e de suas características definidoras em pessoas com HIV/aids;
- Determinar as medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "Ansiedade relacionada à morte" em pessoas que vivem com HIV/aids;
- Verificar as diferenças nas medidas de acurácia das características definidoras de acordo com o

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Tedfio

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.402.456

sexo e tempo de diagnóstico positivo para sorologia do HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo a pesquisadora, o entrevistado terá riscos mínimos de sentir desconforto durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida e o entrevistador oferecerá apoio e se disponibilizará a ajudar o participante da forma mais acertada.

Benefícios: De acordo com a pesquisadora, através da acurácia diagnóstica, o cuidado de enfermagem prestado às pessoas que vivem com HIV/aids será desenvolvido de forma a focar nas reais necessidades dessa população, promovendo cuidado de enfermagem individualizado e integral. Como o medo e a ansiedade relacionados à morte é um fator importante a ser considerado em pessoas que vivem com HIV/aids, esse trabalho vem beneficiar na compreensão desse diagnóstico nessa população específica, de forma a promover futuras intervenções de enfermagem focadas nesse problema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa pertinente, considerando que a aids é uma doença que até o momento não tem cura, e que por esse motivo, pode causar ansiedade ou medo da morte nos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P RQUETO_676950.pdf	21/03/2016 17:00:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cep.pdf	21/03/2016 16:59:53	HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE	Aceito
Declaração de Instituição e	anuencia_huwc.pdf	21/03/2016 13:46:35	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: compe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.402.456

Infraestrutura	anuenda_huwo.pdf	21/03/2016 13:46:35	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenda_carlosibeiro.pdf	21/03/2016 13:46:05	HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_final.pdf	21/03/2016 13:45:28	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia.pdf	14/03/2016 11:07:51	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/03/2016 11:04:05	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaapredacao_UFC.pdf	14/03/2016 10:55:20	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	14/03/2016 10:51:25	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_final.docx	14/03/2016 10:38:42	HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenda_melreies.pdf	11/03/2016 12:49:21	HERTA DE OLIVEIRA ALEXANDRE	Aceito
Outros	lattespesquisador.pdf	09/03/2016 17:02:20	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	lattesorientador.pdf	09/03/2016 17:01:37	HERTA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Abril de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: conep@ufc.br