

# Pain level associated to socio-demographic and clinical variables in people living with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome

*Nível de dor associado a variáveis sócio-demográficas e clínicas em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida*

Joelma Gomes da Silva<sup>1</sup>, Dimas Anaximandro da Rocha Morgan<sup>1</sup>, João Carlos Alchieri<sup>2</sup>, Humberto Jefferson de Medeiros<sup>1</sup>, Maria Irany Knackfuss<sup>1</sup>

DOI 10.5935/1806-0013.20170012

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Pain is a common symptom in people living with acquired immunodeficiency syndrome, being widely underreported and not treated. For this reason, there is the need for studies discussing the subject in the attempt to explain factors involved in this process and to look for adequate and effective therapies. So, this study aimed at relating pain level in people living with human immunodeficiency virus to socio-demographic and clinical variables.

**METHODS:** This was a descriptive and cross-sectional study with 261 individuals living with the human immunodeficiency virus. Visual analog scale for pain intensity and semi-structured interview for anamnesis were applied.

**RESULTS:** A total of 47.5% of individuals was found reporting mild pain/no pain; 24.1% with moderate pain and 28.4% with severe pain. There has been significant relationship between pain and gender ( $p=0.02$ ), health status ( $p=0.001$ ), health perception with regard to feeling ill or not ( $p=0.001$ ) and infection stage ( $p=0.005$ ). Pain was characterized as shooting (69%), piercing (55%) and burning (41%), with significant relationship with regard to pain intensity ( $p<0.001$ ) and time ( $p<0.001$ ). When the logistic regression model was applied, the fact of being a female has represented a risk of 7.256 ( $p<0.001$ ) for moderate pain and of 5.329 ( $p<0.004$ ) for severe pain. With regard to age, age groups between 21 and 30 years (0.073;  $p<0.046$ ), 41 and 50 years (0.068;  $p<0.023$ ) and 51 and 60 years (0.063;  $p<0.030$ ) were protection factors for the presence of moderate pain. With regard to health status, this variable was a risk factor for the presence of moderate pain (8.13;  $p<0.038$ ) and severe pain (11.73;  $p<0.005$ ).

**CONCLUSION:** Pain was a prevalent symptom among people living with human immunodeficiency virus.

**Keywords:** Acquired immunodeficiency syndrome, Human immunodeficiency virus, Pain.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor é um sintoma comum em pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida, sendo bastante subnotificada e não tratada. Por esse motivo, existe a necessidade de estudos que discutam a temática na tentativa de esclarecer os fatores envolvidos nesse processo e buscar tratamentos adequados e eficazes. Dentro dessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi relacionar o nível de dor em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana, com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

**MÉTODOS:** Pesquisa descritiva com caráter transversal, com 261 indivíduos vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. Foi aplicada a escala analógica visual para a intensidade da dor e entrevista semiestruturada como anamnese.

**RESULTADOS:** Foi encontrado um total de 47,5% indivíduos referindo dor leve/sem dor; 24,1% com dor moderada e 28,4% com dor intensa. Foi encontrada relação significativa entre a dor e o sexo ( $p=0,02$ ), estado de saúde ( $p=0,001$ ), percepção da saúde, quanto a se sentir doente ou não ( $p=0,001$ ) e o estágio da infecção ( $p=0,005$ ). A dor foi caracterizada em lancinante (69%), perfurante (55%) e em queimação (41%), sendo encontrada relação significativa entre essas variáveis ( $p<0,001$ ). Foi possível encontrar também uma associação significativa com relação a intensidade da dor ( $p<0,001$ ) e o tempo ( $p<0,001$ ). Quando aplicado o modelo de regressão logística, o fato de ser mulher representou um risco de 7,256 ( $p<0,001$ ) para a dor moderada e de 5,329 ( $p<0,004$ ) para dor intensa. Com relação a idade, as faixas etárias de 21 a 30 anos (0,073;  $p<0,046$ ), 41 a 50 anos (0,068;  $p<0,023$ ) e 51 a 60 anos (0,063;  $p<0,030$ ), apresentaram-se como fator de proteção para a presença de dor moderada. Com relação ao estado de saúde, esta variável apresentou-se como fator de risco para a presença de dor moderada (8,13;  $p<0,038$ ) e intensa (11,73;  $p<0,005$ ).

**CONCLUSÃO:** A dor foi um sintoma prevalente entre as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana.

**Descritores:** Dor, Síndrome da imunodeficiência adquirida, Vírus da imunodeficiência humana.

1. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Apresentado em 07 de julho de 2016.

Aceito para publicação em 31 de janeiro de 2017.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

### Endereço para correspondência:

Rua Nossa Senhora Perpétuo do Socorro, 1302 - Santa Delmira

59615-050, Mossoró, RN, Brasil.

E-mail: fisiojoelmagomes@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência física e psíquica complexa, de caráter multidimensional, sendo desencadeada por algum estímulo primário, sofrendo influência do contexto sociocultural, familiar e do sexo. Assim, um mesmo estímulo, pode despertar respostas dolorosas totalmente distintas em cada indivíduo<sup>1,2</sup>.

Esse contexto pode ser influenciado também por uma doença de base, como é o caso das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) já instalada, podendo esse quadro ocorrer por três motivos principais: sintoma do HIV; outra doença ou infecção oportunista; efeito adverso da terapia antirretroviral (TARV). Também, a dor é um sintoma que pode estar presente em todos os estágios da doença, em até 90% dos casos<sup>3</sup>.

Estimativas revelam que cerca de 80% da população mundial têm acesso inadequado ao tratamento da dor moderada e intensa e que milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS sofrem de dor intensa, não tratada<sup>4</sup>. Vale ressaltar ainda que o HIV/AIDS é um grande desafio para a saúde global, contando com 34,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo<sup>5</sup>. Já no Brasil, no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS<sup>6</sup>.

Desse modo, deve-se levar em consideração a presença não somente de complicações infecciosas, mas também de síndromes dolorosas<sup>7</sup>. Diante desse contexto, o presente artigo teve como objetivo relacionar o nível de dor em pessoas que vivem com HIV/AIDS com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva com caráter transversal foi realizada no período de outubro de 2013 a maio de 2015, no Hospital Rafael Fernandes na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

Para compor a amostra, foram selecionados de forma probabilística e aleatória, sujeitos que compareceram ao serviço para fazer acompanhamento médico e aceitaram participar do estudo voluntariamente. Para determinar o tamanho necessário de indivíduos com HIV/AIDS, foi aplicado o cálculo do tamanho da amostra para populações finitas utilizando a seguinte fórmula:

$$R = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

N = Tamanho da População, no caso deste estudo a população é composta de 709 elementos.

Z = Nível de confiança escolhido a 95% igual a 1,96.

p = proporção com a qual o fenômeno se verifica. Foi utilizado um valor p = 0,50. Segundo Mattar<sup>8</sup> se não há estimativas prévias para p admite-se 0,50 obtendo assim o maior tamanho de amostra possível.

q = (1-p) é a proporção da não ocorrência do fenômeno.

e = erro amostral expresso na unidade variável. O erro amostral é a máxima diferença que o investigador admite suportar entre a verdadeira média populacional. Nesta pesquisa foi admitido um erro máximo de 0,05.

Transcrevendo os valores descritos para a fórmula, tem-se o seguinte cálculo de amostra:

$$R = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 709}{0,05^2 \cdot (709 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$R = \frac{680,92}{1,77 + 0,96}$$

$$R = \frac{680,92}{2,73}$$

$$R = 249,4$$

Chegou-se a um total de 249 questionários para considerar a amostra significativa, sendo incluídas, portanto 261 pessoas que vivem com HIV/AIDS com tempo mínimo de diagnóstico de seis meses; com idade variando entre 20 e 64 anos; de ambos os sexos residentes em Mossoró e cidades circunvizinhas, sendo excluídos todos os indivíduos com alterações cognitivas ou incapazes de responder aos questionamentos.

Para avaliar a intensidade da dor foi utilizada a escala analógica visual (EAV) validada em 1983<sup>9</sup>.

Essa escala é considerada um instrumento unidimensional, por avaliar apenas um aspecto da dor, que é a intensidade, porém o faz de forma minimamente intrusiva. Desse modo, classifica a dor em leve (1-2), moderada (3-7) e intensa (8-10).

Como forma de complementar a investigação da dor a partir da EAV, foi elaborada uma entrevista semiestruturada buscando avaliar as demais dimensões da dor (Tabela 1).

**Tabela 1.** Entrevista semiestruturada para avaliação das dimensões da dor

Perguntas	Objetivos
Onde é a sua dor?	Para identificar e classificar a dor quanto à sua localização
Há quanto tempo você sente essa dor?	Para classificar essa dor em crônica ou aguda
Como é/ou como se comporta essa dor?	Para identificar a característica da dor sentida pelo entrevistado

Com relação às demais variáveis clínicas associadas ao HIV/AIDS foi feita uma investigação direta, onde foi perguntado aos indivíduos sua percepção com relação a sua saúde, como consideravam seu estado de saúde, quanto a se sentir doente ou não, e o estágio da infecção que se encontravam, modo e o ano em que foram infectados e o ano do primeiro teste.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº 421.293 no ano de 2013.

### Análise estatística

Os dados foram analisados através dos *softwares* estatísticos SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e STATA 13.0, sendo

expressos em média±desvio padrão, valores mínimos, máximos bem como frequência simples e porcentagem.

Para verificar a relação entre fatores sócio-demográficos e níveis de dor em pacientes com HIV/AIDS, usou-se *odds ratio* (OR), intervalos de confiança de 95%, e significância determinada através dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Este último, por sua vez, foi utilizado sempre que foram identificados valores com frequência esperada inferior a 5.

Modelo de regressão logística foi elaborado para estudar os múltiplos efeitos que podem estar envolvidos na dor. Quando necessário, as variáveis foram transformadas em tipo *dummy*. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

## RESULTADOS

A tabela 2 apresenta os resultados obtidos pelos indicadores sócio-demográficos avaliados, mostrando a associação entre as variáveis estudadas, com relação ao desfecho deste estudo: a dor.

No que diz respeito ao nível de dor (Tabela 2), encontrou-se um total 47,5% indivíduos ( $n=124$ ) referindo dor leve ou não referindo dor, 24,1% indivíduos ( $n=63$ ) com dor moderada e 28,4% ( $n=74$ ) com dor intensa.

Com relação à idade, encontrou-se uma concentração de casos entre pessoas com 41 a 50 anos (34,9%), estando bem próximo também o número do grupo entre 31 e 40 anos (32,6%). O nível de instrução predominou entre aquelas pessoas com o primeiro grau

completo (49%); o estado civil com maior número de pessoas solteiras (36,8%), seguido por aquelas pessoas que vivem como casados (26,8%) e o estágio de infecção da maioria das pessoas participantes do estudo foi AIDS (87%).

Quando feita a correlação entre a dor e as variáveis sócio-demográficas envolvidas, foi possível, encontrar relação significativa apenas entre a dor e o sexo ( $p=0,02$ ).

A tabela 3 apresenta os resultados com relação aos aspectos clínicos, sendo encontradas associações significativas entre o nível de dor e o estado de saúde ( $p=0,001$ ), percepção da saúde, quanto a se sentir doente ou não ( $p=0,001$ ) e o estágio da infecção ( $p=0,005$ ).

No presente estudo, entre aqueles que avaliaram sua saúde como ruim 61,5% referiram dor intensa, *versus* 28,8% referindo dor moderada e 9,6% referindo dor leve ou nenhuma dor. Em contrapartida, a maioria daqueles que classificaram sua saúde como boa se concentrou no grupo sem dor ou com dor leve (66,7%), tendo 17,5% referido dor moderada e 15,9% referido dor intensa. Com relação ao fato de se considerar doente ou não, aqueles que responderam sim, corresponderam a 45% dos que referiram dor intensa, 27,9% dor moderada e 27% dor leve ou sem dor.

No que se refere ao modo de infecção, o presente estudo aponta para uma correlação significativa com a presença de dor, com maior concentração entre as pessoas que adquiram o HIV/AIDS por meio de sexo com homem. Esse fato pode ser explicado devido à maioria das pessoas deste grupo ser mulher, havendo, portanto, uma forte correlação entre o sexo e a presença de dor.

**Tabela 2.** Valores de frequência (%) das variáveis sócio-demográficas associadas ao nível de dor dos pacientes estudados

Variáveis	Total n=261	Nenhuma dor/ leve n=124 (47,5%)	Moderada n= 63 (24,1%)	Intensa n=74 (28,4%)	Valor de p Qui-quadrado para variáveis categóricas Kruskal-Wallis para variáveis contínuas
<b>Sexo</b>					
Masculino	130 (49,8)	76 (58,5)	26 (20,0)	28 (21,5)	12,61, p=0,02*
Feminino	131 (50,2)	48 (36,6)	37 (28,2)	46 (35,1)	
<b>Idade (anos)</b>					
21 a 30	32 (12,3)	19 (59,4)	08 (25,0)	05 (15,6)	2,369 p=0,124 <sup>†</sup>
31 a 40	85 (32,6)	40 (47,1)	21 (24,7)	24 (28,2)	
41 a 50	91 (34,9)	41 (45,1)	23 (25,3)	27 (29,7)	
51 a 60	45 (17,2)	22 (48,9)	07 (15,6)	16 (35,6)	
> 60	08 (3,1)	02 (25,0)	04 (50,0)	02 (25,0)	
<b>Escolaridade</b>					
Nenhuma	67 (25,7)	25 (37,3)	16 (23,9)	26 (38,8)	8,059, p=0,234
1 Grau	128 (49,0)	69 (53,9)	27 (21,1)	32 (25,0)	
2 Grau	54 (20,7)	24 (44,4)	16 (29,6)	14 (25,9)	
3 Grau	12 (4,6)	06 (50,0)	04 (33,3)	02 (16,7)	
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	96 (36,8)	42 (43,8)	20 (20,8)	34 (35,4)	11,918, p=0,291
Casado	38 (14,6)	19 (50,0)	07 (18,4)	12 (31,6)	
Relação estável	70 (26,8)	38 (54,3)	18 (25,7)	14 (20,0)	
Separado	24 (9,2)	09 (37,5)	07 (29,2)	08 (33,3)	
Divorciado	12 (4,6)	05 (41,7)	06 (50,0)	01 (8,3)	
Viúvo	21 (8,0)	11 (52,4)	05 (23,8)	05 (23,8)	

\* Significância estatística ( $p < 0,05$ ); <sup>†</sup> Qui-quadrado para tendência.

**Tabela 3.** Valores de frequência (%) aspectos clínicos e nível de dor dos pacientes estudados

Variáveis	Total n=261	Nenhuma dor/ leve n=124 (47,5%)	Moderada n= 63 (24,1%)	Intensa n=74 (28,4%)	Teste estatístico Qui-quadrado para variáveis categóricas Kruskal-Wallis para variáveis contínuas
<b>Estado de saúde<sup>T</sup></b>					
Ruim	52 (29,2)	05 (9,6)	15 (28,8)	32 (61,5)	52,532, p<0,001*
Bom	126 (70,8)	84 (66,7)	22 (17,5)	20 (15,9)	
<b>Doente</b>					
Sim	111 (42,5)	30 (27,0)	31 (27,9)	50 (45,0)	37,186, p<0,001*
Não	150 (261)	94 (62,7)	32 (21,3)	24 (16,0)	
<b>Estágio da infecção</b>					
Assintomático	23 (8,8)	14 (60,9)	01 (4,3)	08 (34,8)	14,759, p=0,005*
Sintomático	11 (4,2)	10 (90,9)	01 (9,1)	0 (0,0)	
AIDS	227 (87,0)	100 (44,1)	61 (26,9)	66 (29,1)	
<b>Ano do primeiro teste<sup>T</sup></b>					
1988 a 1997	20 (8,0)	06 (30,0)	07 (35,0)	07 (35,0)	1,214, p=0,271 <sup>†</sup>
1998 a 2007	94 (37,5)	46 (48,9)	19 (20,2)	29 (30,9)	
2008 a 2013	137 (54,6)	67 (48,9)	33 (24,1)	37 (27,0)	
<b>Ano da infecção<sup>T</sup></b>					
1973 a 1982	03 (2,2)	02 (66,7)	0 (0,0)	01 (33,3)	0,796, p=0,372 <sup>†</sup>
1983 a 1992	26 (19,1)	07 (26,9)	10 (38,5)	09 (34,6)	
1993 a 2002	51 (37,5)	20 (39,2)	14 (27,5)	17 (33,3)	
2003 a 2012	56 (41,2)	24 (42,9)	17 (30,4)	15 (26,8)	
Não sabe	08 (3,1)	06 (75,0)	02 (25,0)	0 (0,0)	
<b>Modo de Infecção</b>					
Sexo com homem	161 (61,7)	62 (38,5)	41 (25,5)	58 (36,0)	29,371, p<0,001*
Sexo com mulher	70 (26,8)	48 (68,6)	14 (20,0)	08 (11,4)	
Injetando drogas	11 (4,2)	04 (36,4)	02 (18,2)	05 (45,5)	
Derivados de sangue	10 (3,8)	04 (40,0)	04 (40,0)	02 (20,0)	
Outras	01 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (100)	
Não sabe	08 (3,1)	06 (75,0)	02 (25,0)	0 (0,0)	

\* Significância estatística (p<0,05); <sup>†</sup> Qui-quadrado para tendência; <sup>T</sup> = valores perdidos.

Ainda analisando o sintoma da dor e por ser essa uma variável multidimensional, pode-se atribuí-la a mais de uma classificação. No presente estudo, além da intensidade, foi classificada quanto à característica, local e o tempo de duração (Tabela 4).

Quanto ao local, foi possível encontrar associação significativa (p<0,001) com relação à intensidade segundo a classificação de leve, moderada e intensa. Do total de participantes, 18% referiram sentir dor de cabeça, sendo que desse total 44,7% referiram dor intensa. Logo em seguida obteve-se a dor generalizada, onde foram classificados aqueles indivíduos que afirmaram sentir a dor no corpo todo, representando 15,3% do total e com maior concentração no grupo da dor intensa (60%). Ainda foram relatadas dores musculares (2,7%), abdominais (11,9%), que incluíram todos aqueles que referiram dores no estômago, intestino, rins, dentre outras vísceras; nos membros superiores e ombro (1,9%), membros inferiores e joelho (6,5%) e coluna (6,1%). Vale ressaltar que esses grupos foram designados a partir das respostas dos participantes.

Com relação à característica, foi possível encontrar também uma associação significativa com relação à intensidade da dor (p<0,001),

sendo caracterizada principalmente como lancinante (69%), perfurante (55%) e em queimação (41%).

Com relação ao tempo, também houve associação significativa (p<0,001), em que se encontrou um total de 15,3% apresentando dor aguda e 47,1% crônica.

A tabela 5 ilustra o modelo logístico de regressão multinomial, onde entraram para esse modelo as variáveis que apresentaram valor de p<0,2. Nesse momento, identificou-se o risco do evento dor moderada e intensa acontecer, tomando como referência o grupo de nenhuma dor/dor leve.

No que diz respeito ao sexo, o feminino representou um risco de 7,256 (p<0,001) para dor moderada e de 5,329 (p<0,004) para dor intensa. Com relação à idade, foi possível perceber que as faixas etárias de 21 a 30 anos (0,073; p<0,046), 41 a 50 anos (0,068; p<0,023) e 51 a 60 anos (0,063; p<0,030), apresentaram-se como fator de proteção para a presença de dor moderada utilizando como referência aquela maior de 60 anos.

Com relação ao estado de saúde, essa variável apresentou-se como fator de risco para a presença de dor moderada (8,13; p<0,038) e intensa (11,73; p<0,005). Como essa classificação em bom e ruim

**Tabela 4.** Classificação da variável dor quanto ao local, característica e tempo

Variáveis	Total n=261	Nenhuma Dor/leve n=124 (47,5%)	Moderada n= 63 (24,1%)	Intensa n=74 (28,4%)	Valor de p Qui-quadrado
<b>Local da dor</b>					
Cabeça	47 (18,0)	14 (29,8)	12 (25,5)	21 (44,7)	167,016, p<0,001*
Generalizada	40 (15,3)	04 (10,0)	12 (30,0)	24 (60,0)	
Muscular	07 (2,7)	04 (57,1)	03 (42,9)	0 (0,0)	
Abdominal	31 (11,9)	04 (12,9)	15 (48,4)	12 (38,7)	
MMSS e ombros	05 (1,9)	0 (0,0)	04 (80,0)	01 (20,0)	
MMII e joelho	17 (6,5)	02 (11,8)	09 (52,9)	06 (35,3)	
Coluna	16 (6,1)	03 (18,8)	06 (37,5)	07 (43,8)	
Nenhum local	98 (37,5)	93 (94,9)	02 (2,0)	03 (3,1)	
<b>Característica</b>					
Lancinante	69 (26,4)	11 (15,9)	27 (39,1)	31 (44,9)	156,723, p<0,001*
Perfurante	55 (21,1)	09 (16,4)	22 (40,0)	24 (43,6)	
Queimação	41 (15,7)	10 (24,4)	12 (29,3)	19 (46,3)	
Nenhuma	96 (36,8)	94 (97,9)	02 (2,1)	0 (0,0)	
<b>Classificação (tempo)<sup>a</sup></b>					
Sem dor	98 (37,5)	96 (98,0)	02 (2,0)	0 (0,0)	95,164, p<0,001*
Aguda	40 (15,3)	06 (15,0)	20 (50,0)	14 (35,0)	
Crônica	123 (47,1)	22 (17,9)	41 (33,3)	60 (48,8)	

\* Significância estatística (p<0,05); Qui-quadrado para tendência; MMSS = membros superiores; MMII = membros inferiores.

**Tabela 5.** Modelo de regressão logística multinomial para as variáveis sócio-demográficas e aspectos clínicos com relação à variável dor em pessoas que vivem com HIV/AIDS

Variáveis	OR	IC95%	P-Valor	OR (Ajustado) <sup>a</sup>	IC95%	Valor de p
<b>Dor moderada</b>						
<b>Sexo</b>						
Feminino	2,253	1,21-4,18	0,012*	7,256	2,267-23,224	<0,001*
Masculino	1,0			1,0		
<b>Idade (anos)</b>						
21 a 30	0,211	0,032-1,39	0,159	0,073	0,005-0,958	0,046*
31 a 40	0,263	0,044-1,55	0,186	0,125	0,012-1,314	0,083
41 a 50	0,280	0,048-1,65	0,196	0,068	0,006-0,685	0,023*
51 a 60	0,159	0,024-1,06	0,063	0,063	0,005-0,765	0,030*
> 60	1,0	-	-	1,0	-	-
<b>Estado de saúde</b>						
Ruim	11,45	3,75-34,95	<0,001*	8,13	1,128-58,617	0,038*
Bom	1,0			1,0		
<b>Doente</b>						
Sim	3,03	1,59-5,77	0,001	1,352	0,243-7,4971	0,730
Não	1,0			1		
<b>Estágio da infecção</b>						
AIDS	8,54	1,09-66,57	0,015*	5,04	-	1,0
Sintomático	1,4	0,078-25,1	1,0	1,759	-	1,0
Assintomático	1,0	-	-	1,0	-	-

Continua...

**Tabela 5.** Modelo de regressão logística multinomial para as variáveis sócio-demográficas e aspectos clínicos com relação à variável dor em pessoas que vivem com HIV/AIDS – continuação

Variáveis	OR	IC95%	P-Valor	OR (Ajustado) <sup>a</sup>	IC95%	Valor de p
<b>Dor Intensa</b>						
<b>Sexo</b>						
Feminino	2,601	1,438-1,470	<0,001*	5,329	1,728 – 16,433	0,004*
Masculino	1,0			1,0		
<b>Idade (anos)</b>						
21 a 30	0,263	0,029 – 2,360	0,253	0,1384	0,007 – 2,612	0,187
31 a 40	0,60	0,07 – 4,544	0,975	0,261	0,0188 – 3,624	0,317
41 a 50	0,658	0,087 – 4,963	0,907	0,390	0,031- 4,899	0,466
51 a 60	0,727	0,09 – 5,726	0,819	0,582	0,040 – 8,399	0,691
> 60	1,0	-	-	1,0	-	-
<b>Estado de saúde</b>						
Ruim	26,88	9,299 - 77,70	<0,0001*	11,73	2,095- 65,708	0,005*
Boa	1,0			1,0		
<b>Doente</b>						
Sim	6,528	3,452 – 12,35	<0,0001*	3,251	0,698 – 15,145	0,133
Não	1,0			1,0		
<b>Estágio da infecção</b>						
AIDS	1,155	0,459 – 2,906	0,940	1,181	0,19711- 7,078	0,855
Sintomático	0,008	0,004 - 1,570	0,07	0,000	-	0,992
Assintomático	1,0	-	-	1,0	-	-

<sup>a</sup>OR (IC95%): *odds ratio* e intervalo de confiança de 95% ajustado por todas as variáveis listadas nas tabelas 1 e 2 mediante regressão logística multinomial; a classe de referência foi “Nenhuma dor/dor leve”.

foi dada pelo próprio indivíduo e diz respeito à sua percepção com relação à sua saúde, esse fato está diretamente ligado à carga de sintomas e à percepção frente a todo esse quadro.

## DISCUSSÃO

Os presentes resultados apontam a dor como um sintoma comum em pessoas que vivem com HIV/AIDS, estando presente em qualquer estágio da infecção, concordando com outros estudos<sup>10,11</sup>. Ainda corroborando os presentes resultados, outro estudo<sup>12</sup> após avaliar 302 pacientes com HIV/AIDS ambulatoriais em Uganda, encontraram um total de 53% de indivíduos que relataram dor leve, 20% dor moderada e 27% dor intensa.

Porém, alguns autores discordam dos resultados deste estudo quando avaliaram 156 indivíduos dos quais, 48,7% relataram dor, sendo que 51,3% tinham dor moderada a intensa<sup>11</sup>.

Quando feita a correlação da dor com as variáveis sócio-demográficas, concordando com o que diz a literatura, foi possível encontrar uma relação significativa com o sexo o que já foi relatado por diversos autores, sendo o sexo feminino apontado com maior prevalência de sintomas dolorosos, estando esse fato associado às características anátomofuncionais da mulher, bem como à modulação de alguns impulsos do sistema nervoso, problemas de ordem hormonal e psicológica<sup>13,14</sup>.

Sendo assim, os presentes resultados apontam para um maior número de mulheres sentindo dor moderada (28,2%) e intensa (35,1%). Em contrapartida, a maioria dos homens se apresentavam na classe dos sem dor ou dor leve (58,5%). Na mesma linha de pensamento,

alguns autores encontraram forte associação entre a presença de dor e o sexo feminino<sup>15</sup>.

Confirmando ainda os resultados do presente estudo, um estudo com 354 participantes cubanos (73 mulheres, 281 homens), mostrou que a dor interferiu significativamente mais em mulheres do que em homens<sup>16</sup>. Esse fato também esteve fortemente presente no estudo de Norval<sup>17</sup> com 103 pacientes adultos com HIV/AIDS, onde foi possível detectar alta prevalência de dor, sendo que as mulheres referiram mais dor em relação aos homens, o que fortalece ainda mais os presentes resultados, apesar do número diferente de indivíduos nesses estudos.

Porém, discordando dos resultados deste estudo, outros estudos com populações vivendo com HIV/AIDS, não encontraram diferenças significativas com relação ao sexo e a presença de dor<sup>12,18,19</sup>.

No que diz respeito ao estado de saúde, a classificação é feita como sendo bom ou ruim e a percepção quanto a se considerar doente ou não. Portanto, essas duas variáveis estão intrinsecamente ligadas, já que correspondem à percepção que o indivíduo tem da sua saúde. Alguns estudos têm feito essa relação entre a percepção de saúde e a presença de dor, encontrando uma relação inversamente proporcional entre essas duas variáveis<sup>20,21</sup>, o que corrobora os presentes resultados.

A percepção da saúde está diretamente relacionada ao estado de espírito do indivíduo, como ele se posiciona frente a uma doença de caráter crônico, permanente e cheio de estigmas, recaindo na forma como o paciente resolve encarar os potenciais desafios frente à doença e de que maneira irá conviver com o tratamento. Dessa forma,

um estudo com 953 pessoas vivendo com HIV/AIDS, afirmou que a presença de dor está diretamente relacionada com a autoavaliação da saúde, quando encontrou relação significativa entre a presença de dor e autoavaliação do estado de saúde<sup>22</sup>.

Com relação ao estágio da infecção, o presente estudo concorda com a literatura, pois já se sabe que o predomínio da dor pode variar dependendo do estágio da doença, dos cuidados e da forma de tratamento. Esse fato foi comprovado por Bravin<sup>10</sup> que encontrou em seu estudo prospectivo 38% dos pacientes ambulatoriais com HIV relatando dor significativa, *versus* 50% dos pacientes com AIDS com o mesmo quadro; enquanto somente 25% daqueles nos primeiros estágios da infecção tiveram dor.

Ainda em concordância com os presentes resultados, diversos estudos encontraram uma relação significativa entre a presença de dor, o estado imune, o quadro avançado da doença, o estágio avançado da infecção e o aparecimento do maior número de sintomas e de comorbidades, relatando a dor como um sintoma significativamente comum entre pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA)<sup>12,18,23,24</sup>.

Porém, em contrapartida, um estudo com 79 PVHA, apesar de ter encontrado a dor como um sintoma inicial, encontrou fraca e negativa correlação entre a presença de dor e o estágio da doença, não sendo estatisticamente significativa<sup>19</sup>.

No que se refere ao modo de infecção, o presente estudo aponta para uma correlação significativa com a presença de dor, tendo uma maior concentração entre aquelas pessoas que adquiram o HIV/AIDS por meio de sexo com homem. Esse fato pode ser explicado devido à maioria das pessoas desse grupo ser mulher, e como se observou, há uma forte correlação entre o sexo e a presença de dor.

Com relação às demais classificações da dor, e concordando com os presentes resultados, outros estudos também encontraram como principal local apontado pelos pacientes a presença de dor na cabeça<sup>10,18,24</sup>. Da mesma forma, outros estudos encontraram como diagnósticos mais comuns: dor de cabeça (46%), articulares (31%) e dor muscular (27%) dos pacientes<sup>25</sup>; 40,9% tiveram dor nos membros inferiores, 44,4% dores neuropáticas que afetam os pés, 31,8% dor abdominal, 31,8% cabeça e pescoço, enquanto apenas 4,5% apresentaram dor generalizada<sup>19</sup>.

Diferentemente dos presentes resultados, outro estudo relatou que a dor foi referida principalmente no abdômen e na boca (33%), seguida da dor muscular (32%), nas articulações ou ossos (20%)<sup>26</sup>, ou ainda em membros inferiores (66%), seguido de dor na boca (50,5%), cefaleia (42,3%), garganta (39,8%) e torácica (17,5%)<sup>17</sup>; nas articulações (52,36%) e abdominal (50,37%)<sup>22</sup>. Outro estudo com 157 participantes identificou a dor no peito como principal local de dor, seguido da dor de cabeça<sup>27</sup>.

No entanto, mesmo ocorrendo variações quanto à prevalência do local da dor nos pacientes, os presentes resultados, de maneira geral, estão de acordo com a literatura com relação aos principais locais de dor apresentados nas pessoas que vivem com HIV/AIDS.

É importante ressaltar que o local da dor pode estar associado a problemas reumatológicos, que são bastantes presentes nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, como efeito adverso da terapia antirretroviral e também devido a doenças oportunistas que apresentam suas manifestações no paciente<sup>19,25</sup>.

Dessa forma, a associação do local com a intensidade pode ser explicada pelo estágio da infecção em que o indivíduo se encontra,

estando associada à presença de comorbidades e ao uso dos antirretrovirais, que pode provocar lesões nervosas, sendo responsável pela dor causada por neuropatia periférica, sendo que essa dor pode variar de leve para intensa, podendo ser incapacitante para o indivíduo<sup>23,28</sup>.

Com relação à característica, foi possível encontrar também uma associação significativa com relação à intensidade da dor ( $p < 0,001$ ), sendo caracterizada principalmente como lancinante (69%), perfurante (55%) e em queimação (41%), concordando com outros estudos que também estabeleceram essa classificação<sup>29,30</sup>.

O conhecimento da qualidade é indispensável para que sejam estabelecidas algumas metas para o cuidado desse paciente. Portanto em um estudo documental a partir de prontuários de um hospital de referência foi possível classificar a dor principalmente do tipo que irradia (33,3%), pulsátil (20,0%), queimação (6,7%), pontada (6,7%), aperto (6,7%), alodínea, (6,7%) tipo cólica (6,7%) e generalizada (6,7%)<sup>31</sup>.

Com relação ao tempo, chama atenção o número de pessoas que sentiram dor crônica intensa (48,8%), já que essa dor está associada a um caráter multifatorial, como também pode estar relacionada à associação de mecanismos patogênicos mistos<sup>32-34</sup>.

No caso das pessoas que vivem com HIV/AIDS, esse fato pode estar diretamente ligado ao estágio da doença, bem como ao estado imune, pois há estimativas de que em torno de um milhão de pacientes em estágio final sofrem com dor por falta de tratamento, sendo classificada na maioria das vezes como crônica<sup>1,3,35</sup>.

Estudo encontrou relato de dor frequente nas duas últimas semanas anteriores ao estudo em 27 pacientes, 2% da amostra, sendo que 22% afirmaram que essa dor persistiu por mais de três meses, sendo então classificada como crônica<sup>4</sup>.

Porém, a literatura também aponta discordância com os presentes resultados quando relata uma correlação da dor como sintoma inicial da doença, sendo que neste estudo a correlação foi fraca e negativa com relação ao estágio, não sendo estatisticamente significativa<sup>19</sup>. Quando feita a análise por meio da regressão logística, foi possível encontrar um risco relativo entre o fato de ser mulher e sentir dor. Esses dados fortalecem as discussões anteriores com relação à associação entre o sexo feminino e a presença de dor.

Alguns estudos têm mostrado o grau de fragilidade da mulher com HIV/AIDS para apresentar dor, seja devido ao próprio peso da doença que é considerado maior para as mulheres, a disparidades culturais, econômicas e nível de escolaridade, como também à própria fisiologia, estado emocional, psicológico e os quadros ginecológicos. Esses fatores confluem para o fato de ser mulher apresentar-se como risco para presença de dor persistente, generalizada e mais grave. Dentre os quadros mais apontados entre o sexo feminino têm-se as radiculopatias e a dor de cabeça<sup>36-38</sup>.

Porém, alguns estudos discordam dessa assertiva, a partir da medição do risco relativo, não encontrando associação entre ser do sexo feminino e a presença de dor<sup>12,18,39</sup>.

Os presentes resultados também apontam para o fato de ser mais jovem se comportar como fator de proteção com relação ao aparecimento de dor para as PVHA, que pode ser explicado, em partes, pela síndrome da fragilidade que atinge os idosos<sup>40</sup>, como também pela dificuldade de diagnosticar a AIDS na terceira idade devido principalmente ao diagnóstico diferencial<sup>41,42</sup>.

De modo geral, alguns estudos defendem a teoria de gestão dos sintomas, apoiando o fato de que as características do indivíduo, dentre elas a idade, podem ser um fator de risco, interagindo com um problema de saúde<sup>43,44</sup>.

Outro estudo<sup>18</sup>, após realizar análise de regressão, encontrou a variável idade se apresentando como um risco de 1,03 ( $p < 0,016$ ) para a presença de dor. Vale ressaltar que não houve divisão por faixas etárias.

Por outro lado, alguns autores relataram que adultos mais jovens estão mais propensos a alguns sintomas relacionados ao HIV/AIDS, mais especificamente à dor de cabeça<sup>45</sup>. Porém, os mesmos autores concluíram que os efeitos que foram relacionados à idade como fator de risco podem ser confundidos com aqueles ligados à raça. Outro estudo não encontrou relação de risco entre a idade e o aparecimento de sintomas como a dor<sup>44</sup>.

Com relação ao estado de saúde ter se apresentado como fator de risco, esse fato ocorreu devido a classificação ter sido feita a partir da percepção do indivíduo, o que está diretamente ligado à carga de sintomas e à percepção frente a todo esse quadro. Estudo relatou que o número de sintomas se apresentou como risco de 1,30 ( $p < 0,03$ ) para a presença de dor intensa<sup>12</sup>.

Da mesma forma, outros estudos afirmam que a autoavaliação da saúde é considerada como um fator de risco para a presença de dor<sup>22,46</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante resultados apresentados, foi possível perceber uma associação entre a presença de dor e alguns fatores sócio-demográficos e clínicos em pessoas que vivem com HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

1. International HIV& AIDS charity. Pain in people with HIV. 2013. Disponível em: <http://www.avert.org/aids-pain.htm>. Acesso em: 08/07/2015.
2. Grünenthal F. Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en España. Sociedade Espanhola de Reumatologia. Madrid: Edipharma; 2003.
3. Oliveira RM, da Silva LM, Pereira ML, Moura MA. [Pain management in patients with AIDS: analysis of the management structure of a reference hospital]. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):456-63. Portuguese.
4. Robbins NM, Chaiklang K, Supparatpinyo K. Undertreatment of pain in HIV + adults in Thailand. J Pain Symptom Manage. 2013;45(6):1061-72.
5. UNAIDS. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012 "UNAIDS / JC2417E. Disponível em: [http://www.unaids.org.br/sobre\\_aids/sobre\\_aids.asp](http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.asp). Acesso em: 04 de março de 2015.
6. Brasil. Boletim Epidemiológico - AIDS/DST. (Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011). Ministério da Saúde. Ano VIII nº 01. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes?page=1>. Acesso em: 20/06/2013.
7. Aires EM, Bammann RH. Pain in hospitalized HIV-positive patients: clinical and therapeutical issues. Braz J Infect Dis. 2005;9(3):201-8.
8. Mattar F N. Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2005.
9. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983;17(1):45-56.
10. Bravin F. HIV+ e a dor crônica. Disponível em: <http://drfranciscobravim.site.med.br/index.asp?PageName=HIV-2B-20e-20a-20Dor-20Cr-F4nica>. Acesso em 21/06/2015.
11. Merlin JS, Cen L, Praestgaard A, Turner M, Obando A, Alpert C, et al. Pain and physical and psychological symptoms in ambulatory HIV patients in the current treatment era. J Pain Symptom Manage. 2012;43(3):638-45.
12. Namisango E, Harding R, Atuhaire L, Ddungu H, Katabira E, Muwanika FR, et al. Pain among ambulatory HIV/AIDS patients: multicenter study of prevalence, intensity, associated factors, and effect. J Pain. 2012;13(7):704-13.
13. Sarlani E, Greenspan JD. Gender differences in temporal summation of mechanically evoked pain. Pain. 2002;97(1-2):163-9.
14. Quiton RL, Greenspan JD. Sex differences in endogenous pain modulation by distracting and painful conditioning stimulation. Pain. 2007;132(Suppl 1):S134-49.
15. Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. Rev Dor. 2011;12(4):297-300.
16. Calveti PU, Giovelli GR, da Rosa CT, Gauer GJ, Moraes JF. Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS. Aletheia. 2012;(38-39):25-38.
17. Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. S Afr Med J. 2004;94(6):450-4.
18. Aouizerat BE, Miaskowski CA, Gay C, Portillo CJ, Coggins T, Davis H, et al. Risk factors and symptoms associated with pain in HIV-infected adults. J Assoc Nurses AIDS Care. 2010;21(2):125-33.
19. Wahab KW, Salami AK. Pain as a symptom in patients living with HIV/AIDS Seen at the outpatient clinic of a Nigerian Tertiary Hospital. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic). 2011;10(1):35-9.
20. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. Rev Saude Publica. 2005;39(4):663-8.
21. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saude Pública. 2008;24(1):39-54.
22. daCosta DiBonaventura M, Gupta S, Cho M, Mrus J. The association of HIV/AIDS treatment side effects with health status, work productivity, and resource use. AIDS Care. 2012;24(6):744-55.
23. Parker R, Stein DJ, Jelsma J. Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. J Int AIDS Soc. 2014;17:18719.
24. Nair SN, Mary TR, Prarthana S, Harrison P. Prevalence of pain in patients with HIV/AIDS: a cross-sectional survey in a South Indian State. Indian J Palliat Care. 2009;15(1):67-70.
25. Hewitt DJ, McDonald M, Portenoy RK, Rosenfeld B, Passik S, Breitbart W. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. Pain. 1997;70(2-3):117-23.
26. Larue F, Fontaine A, Colleau SM. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. BMJ. 1997;314(7073):23-8.
27. Eberim LN, Otokwala JG. Inadequate pain relief in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease in Port Harcourt. HIV/AIDS (Auckl). 2013;5:199-203.
28. Krashin DL, Merrill JO, Trescot AM. Opioids in the management of HIV-related pain. Pain Physician. 2012;15(3 Suppl):E157-68.
29. Oliveira RM, Silva LM, Pereira ML, Gomes JM, Figueiredo SV, Almeida PC. Dor e analgesia em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev Dor. 2012;13(4):332-7.
30. Fonseca JF, Britto MN. Terapias complementares como técnicas adjuvantes no controle da dor oncológica. Rev Saúde e Pesquisa. 2009;2(3):387-95.
31. Oliveira RM, da Silva LM, Pereira ML, Moura MA. [Pain management in patients with AIDS: analysis of the management structure of a reference hospital]. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):456-63. Portuguese.
32. Castro LJ, Saramago P, Romão J, Paiva MD. A Dor Crônica em Portugal. Pain Proposal. 2011;24(12):1-12.
33. D'arcy Y. Compact clinical guide to acute pain management: an evidence-based approach for nurses. New York: Springer Publishing Company; 2011.
34. Vellucci R. Heterogeneity of chronic pain. Clin Drug Investig. 2012;32(Suppl 1):3-10.
35. Alves Neto O, et al. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2008. 1438p.
36. PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief. Fact Sheet. Washington, DC: Office of the Global AIDS Coordinator; 2005.
37. Breitbart W, Passik SD, Reddy KS. Pain: clinical updates. IASP. 2006;4:1-8.
38. IASP. Task Force for Global Year Against Pain in Women. October 2007-2008: Fact Sheet. Collier B. 2007. Pesquisado em: <http://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PaininWomen>. Acesso em: 20/06/2013.
39. Cervia LD, McGowan JP, Weseley AJ. Clinical and demographic variables related to pain in HIV-infected individuals treated with effective, combination antiretroviral therapy (cART). Pain Med. 2010;11(4):498-503.
40. Fhon JR, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RA. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):589-94.
41. Azambuja KE. Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/7\\_congresso](http://www.aidscongress.net/7_congresso). Acesso em: 28/08/2015.
42. Serra A, Sardinha AH, Pereira AN, Lima SC. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. Saúde em Debate. 2013;37(97):294-304.
43. Humphreys J. A middle range theory of symptom management. In: Smith MJ, Liehr PR, eds. Middle range theory for nursing. New York: Springer Publishing Company; 2008. 145-58p.
44. Lee KA, Gay C, Portillo CJ, Coggins T, Davis H, Pullinger CR, et al. Symptom experience in HIV-infected adults: a function of demographic and clinical characteristics. J Pain Symptom Manage. 2009;38(6):882-93.
45. Zingmond DS, Kilbourne AM, Justice AC, Wenger NS, Rodriguez-Barradas M, Rabeneck L, et al. Differences in symptom expression in older HIV-positive patients: the Veterans Aging Cohort 3 Site Study and HIV cost and service utilization study experience. J Acquir Immune Defic Syndr. 2003;33(Suppl 2):S84-92.
46. Berber JS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2005;45(2):47-54.