


Avaliação da dor e fatores associados em pessoas que vivem com HIV/AIDS*

Aliny Cristini Pereira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9274-3842>

Fernanda Bradbury^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-0738-1144>

Estefani Serafim Rossetti¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5209-5035>

Priscilla Hortense¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0554-451X>

Objetivo: avaliar a dor em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida e relacionar com fatores sociodemográficos, clínicos, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde. Método: estudo descritivo, analítico, observacional, de corte transversal e de caráter quantitativo. Participaram trezentas e duas (302) pessoas de um serviço de atendimento especializado. Foram utilizados instrumentos para avaliação de dados sociodemográficos, clínicos, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde. Empregou-se análise descritiva, bivariada e regressão logística múltipla. Resultados: foram encontrados 59,27% de presença de dor de intensidade leve, recorrente na cabeça, com interferência no humor, a maioria do sexo feminino e em indivíduos sem/baixa escolaridade. As mulheres apresentaram maior probabilidade de ter dores moderadas ou severas. Pessoas de 49 a 59 anos apresentaram maior intensidade de dor do que as de 18 a 29 anos. Sintomas depressivos e dor são variáveis diretamente proporcionais. Quanto maior o nível da qualidade de vida relacionada à saúde e escolaridade, menor a possibilidade da presença de dor. Conclusão: a presença de dor encontrada é preocupante e possui associação com o sexo feminino, sem/baixa escolaridade, pior nível da qualidade de vida relacionada à saúde e presença de sintomas depressivos.








Descritores: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Dor; Medição da Dor; Qualidade de Vida; Depressão.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Prevalência, fatores associados à dor e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas que vivem com HIV/aids", apresentada à Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

² Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

Como citar este artigo

Pereira AC, Bradbury F, Rossetti ES, Hortense P. Assessment of pain and associated factors in people living with HIV/AIDS. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3155. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2803.3155>.   

URL

Introdução

A epidemia global do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), teve início em 1981, nos Estados Unidos. Após trinta anos do início do enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil, o qual se deu em 1985, a análise é de que esse país tem sido exemplar no seu papel de prevenção e tratamento dessa enfermidade com grandes avanços e poucos retrocessos⁽¹⁾. Apesar do sucesso das medidas de prevenção e de controle da doença, milhares de novos contágios ocorrem todo ano, por isso o HIV/AIDS representa uma pandemia, tornando-se um desafio para vários setores sociais em relação às medidas de controle das vulnerabilidades envolvidas nos aspectos individuais e contextuais de exposição ao vírus⁽¹⁻²⁾.

Com os avanços terapêuticos e a introdução de novas classes de antirretrovirais nas últimas décadas, o panorama dessa infecção evoluiu de doença fatal para uma condição crônica. Entretanto, essa evolução no tratamento mostra-se um desafio para os pacientes e profissionais de saúde, que nesse novo contexto de cronicidade devem encarar a infecção pelo HIV não como uma sentença de morte, mas como um potencial entrave na vida das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA)⁽³⁾.

As PVHA apresentam diversos sintomas persistentes que são desenvolvidos no decorrer da doença, sendo estes associados às alterações do sistema imunitário e aos efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral (TARV). Mesmo com a diminuição dos efeitos colaterais da TARV, a prevalência e o número de sintomas, independentemente da carga viral do HIV e da contagem de células linfócitos T CD4+ ainda são altos, sendo os principais: fadiga; ausência de sono; dores musculares e nas articulações; e indisposição para o trabalho⁽⁴⁻⁵⁾.

Uma pesquisa realizada em um ambulatório no Reino Unido com 859 PVHA teve como resultado a prevalência de dor em 62,8%, avaliando-se a dor no último mês, dos quais 63% relataram estar com dor no dia da entrevista. Dos entrevistados, 20% estavam tomando analgésicos diariamente. Evidenciou-se que há muitos desafios para controlar a dor relacionada à AIDS, incluindo polifarmácia, sensibilidade aumentada aos efeitos colaterais de drogas, comorbidade psicológica e interações medicamentosas⁽⁴⁾.

Uma revisão sistemática apontou vários estudos relatando a prevalência de dor nas PVHA, sendo evidenciado que a dor é um problema significativo, mas que se mantém subtratada. O subdiagnóstico e o subtratamento da dor nas PVHA são alarmantes e poucos estudos dão atenção a esse tema, bem como

aos registros de sua ocorrência. Esses dados tornam-se preocupantes quando se observa que a dor pode afetar o estado de humor da PVHA, o que pode resultar em Sintomas Depressivos (SD) e impactar negativamente na vida, interferindo no nível da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽⁶⁻⁸⁾.

A compreensão dos SD e da QVRS em associação com a dor em PVHA é fundamental, considerando a evolução crônica da infecção, a possibilidade de maior sobrevida e de convívio com uma doença estigmatizante, transmissível e incurável até o momento, com inúmeras consequências biopsicossociais. Além disso, essa compreensão pode ajudar profissionais da saúde a desenvolver estratégias de manejo da dor por meio da criação de protocolos de atendimento⁽⁹⁻¹⁰⁾. O enfermeiro, por se encontrar na linha de frente no atendimento ambulatorial às PVHA, possui papel importante na adesão ao tratamento, no controle da dor e de outros sinais e sintomas, possibilitando melhor qualidade de vida e satisfação com o tratamento.

A proposta deste artigo é chamar a atenção dos enfermeiros para o problema da dor e de outros sintomas nas PVHA e o que isso pode causar na vida dessas pessoas. O trabalho do enfermeiro na avaliação dessas variáveis e no planejamento de medidas de controle é de extrema importância para o sucesso do tratamento.

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a dor em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida e relacionar com fatores sociodemográficos, clínicos, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, observacional, de corte transversal e de caráter quantitativo, desenvolvido em um Serviço de Saúde da cidade de São Carlos – São Paulo.

Para definição do número amostral, realizou-se uma amostragem estratificada por sexo, partindo-se do número de PVHA cadastradas no registro de pacientes do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) que estavam dentro da faixa etária a ser pesquisada: 18 e 59 anos. Assim, havia 1431 indivíduos nessa faixa etária cadastrados no ano de 2016. De início, utilizou-se a fórmula do tamanho amostral para populações finitas; em seguida, por meio da estatística nacional de prevalência de HIV/AIDS, obteve-se a distribuição de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL)/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON), segundo

sexo e faixa etária, entre 1980 e 2015. A soma dos casos notificados pelo ano de diagnóstico possibilitou estimar a distribuição de casos segundo a faixa etária e o sexo. Obteve-se um total de 302 PVHA, sendo 197 homens e 105 mulheres para considerar a amostra significativa.

Os critérios de inclusão foram: ser adulto com idade entre 18 e 59 anos, possuir HIV ou HIV/AIDS, de ambos os sexos, atendidos no local da pesquisa e que realizavam a TARV há pelo menos seis meses.

Neste estudo, optou-se por estudar apenas o indivíduo adulto, visto que crianças, adolescentes e idosos são populações que apresentam características específicas que merecem ser analisadas nas suas particularidades, o que não seria o objetivo desta pesquisa.

O tempo de seis meses de realização da TARV foi adotado para não gerar conflito de interpretação com a variável dor e o início do uso da referida terapia, já que ocorrem diversas manifestações de reações adversas nos seis primeiros meses do tratamento⁽¹¹⁾.

Os critérios de exclusão dos participantes foram: não compreender ou não conseguir responder às questões dos instrumentos, mulheres que se encontravam gestantes e pessoas coinfectadas (possuir mais de uma patologia viral).

O convite para participação da pesquisa foi realizado no próprio local de atendimento. Os pacientes eram abordados e convidados na sala de espera nos dias em que tinham consultas agendadas. Caso o paciente aceitasse, era dada a possibilidade dele escolher o momento mais adequado para a realização da entrevista, a qual acontecia em uma sala reservada para proporcionar a privacidade e conforto ao participante. O período da coleta de dados foi de janeiro a julho de 2017.

Quanto à coleta de dados, foram utilizados questionários de domínio público e investigados dados sociodemográficos e clínicos, relacionados à dor, sintomas depressivos e qualidade de vida referente à saúde. Quanto aos dados sociodemográficos e clínicos, foram investigadas iniciais do nome do paciente, idade, sexo, cor/raça, estado civil, renda familiar, escolaridade, ocupação, contagem de linfócitos T CD4+, estágio clínico da infecção, tipo e tempo de realização da TARV.

Para investigação da dor, utilizou-se o *Brief Pain Inventory* (BPI), instrumento traduzido, validado e adaptado culturalmente no Brasil em 2011. O BPI avalia a presença de dor nas últimas 24 horas, local da dor, intensidade, tratamento realizado para alívio, porcentagem de alívio e a interferência na vida diária em 7 dimensões (atividades gerais, humor, capacidade de movimentação e de trabalho normal, relações com os outros, sono e gozo da vida). Para caracterizar os níveis

de intensidade da dor, utilizou-se a pontuação: de 1 a 4, dor leve; 5 a 7, dor moderada e 8 a 10, dor severa⁽¹²⁾.

Para avaliar os Sintomas Depressivos, utilizou-se o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), constituído por nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas da depressão. O instrumento teve suas propriedades psicométricas validadas no Brasil para população geral em 2013. Neste estudo, adotou-se o ponto de corte de ≥ 9 para a presença de SD, conforme recomendado pelo autor⁽¹³⁾.

O *HIV/AIDS Targeted Quality of Life* (HAT-QoL) foi construído especificamente para indivíduos infectados pelo HIV e é utilizado para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Foi traduzido e validado no Brasil em 2009. Os 34 itens do HAT-QoL avaliam nove domínios da QVRS: função geral (seis itens); satisfação com a vida (quatro itens); preocupações com a saúde (quatro itens); preocupações financeiras (três itens); preocupações com a medicação (cinco itens); aceitação do HIV (dois itens); preocupações com o sigilo (cinco itens); confiança no profissional: médico, enfermeiro ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente (três itens) e função sexual (dois itens). Em cada domínio, zero é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na QVRS dos indivíduos e quanto menor o escore, mais acometida a função, maior a preocupação e menor a satisfação com a vida⁽¹⁴⁾.

Para análise dos dados, a dupla digitação foi realizada, sendo eles organizados em planilha Excel e exportados para o programa de análise estatística *Software R* (2016). Inicialmente, garantiu-se a consistência das informações coletadas via análise descritiva. Testou-se a normalidade entre as médias amostrais por meio dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Após isso, realizou-se a análise bivariada com o objetivo de verificar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a dor. Para variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado ou de *Fisher*, de acordo com a frequência nas classes das variáveis. Para variáveis contínuas, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, que compara dois grupos independentes (com e sem dor). O nível de significância adotado foi de 5%. Por fim, realizou-se o ajuste de modelos de regressão logística múltipla com o objetivo de analisar a associação de todas essas variáveis com a dor. Para selecionar as variáveis significativas no modelo, utilizou-se o método de seleção via *Stepwise*, com *alpha* de entrada de 10% e *alpha* de permanência de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São

Carlos (UFSCar) sob o CAAE nº 62745716.1.0000.5504. A solicitação para o seu desenvolvimento no local de coleta de dados foi aprovada pela prefeitura do município. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os resultados encontrados apontam que das 302 PVHA estudadas, 179 (59,27%) relataram ter apresentado dor nas últimas 24 horas. Na Tabela 1, a presença de dor foi analisada segundo as variáveis sociodemográficas, sendo sexo e escolaridade as variáveis com valores significativos.

Na Tabela 2, a presença de dor foi analisada segundo os aspectos clínicos da doença, sendo que não foi evidenciada associação significativa entre as variáveis clínicas e a presença de dor.

A associação das variáveis Linfócitos T CD4 e dor retornou um p-valor elevado, dado o nível de significância de 5%. Portanto, não temos evidências para rejeitar a hipótese de que a associação entre essas variáveis seja nula, porém dois aspectos devem ser evidenciados nessa análise: não ocorreu uma ordenação perfeita na prevalência, conforme o aumento da concentração de células T CD4; os níveis da variável também não foram significantes na análise de regressão múltipla.

Com relação à associação entre estágio clínico e a TARV, embora as categorias apresentem prevalências aparentemente diferentes, o p-valor não foi significativo e não podemos rejeitar uma hipótese de associação nula. No entanto, o número menor de pacientes em alguns grupos implica a perda de poder do teste. Na análise de regressão múltipla, em ambas as variáveis, o valor-p também não foi significativo.

Tabela 1– Valores de frequência (%), valores absolutos, valor-p* das variáveis sociodemográficas associadas à variável dor em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. São Carlos, SP, Brasil (2017)

| Variáveis | Categorias | Dor | | | | Total | Valor-p* |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-------|----------------------|
| | | Não | | Sim | | | |
| | | n | % | n | % | | |
| Sexo | Feminino | 31 | 29,52% | 74 | 70,48% | 105 | 0.0038 ^{††} |
| | Masculino | 92 | 46,70% | 105 | 53,30% | 197 | |
| Faixa etária (anos) | 18-≤29 | 38 | 45,78% | 45 | 54,21% | 83 | 0.5007 [‡] |
| | 30-≤39 | 47 | 39,83% | 71 | 60,16% | 118 | |
| | 40-≤49 | 29 | 40,27% | 43 | 59,72% | 72 | |
| | 50-≤59 | 9 | 31,03% | 20 | 68,96% | 29 | |
| Cor da Pele | Branca | 55 | 45,83% | 65 | 54,17% | 120 | 0.2954 [‡] |
| | Parda | 48 | 40,34% | 71 | 59,66% | 119 | |
| | Preta | 14 | 29,79% | 33 | 70,21% | 47 | |
| | Outras | 6 | 37,50% | 10 | 62,50% | 16 | |
| Estado civil | Casado | 26 | 45,61% | 31 | 54,39% | 57 | 0.2635 [§] |
| | Divorciado | 14 | 46,67% | 16 | 53,33% | 30 | |
| | Solteiro | 70 | 42,17% | 96 | 57,83% | 166 | |
| | Viúvo | 2 | 25,00% | 6 | 75,00% | 8 | |
| | Vive com companheiro | 11 | 26,83% | 30 | 73,17% | 41 | |
| Renda familiar | Menos de um salário mínimo | 22 | 40,74% | 32 | 59,26% | 54 | 0.1327 [‡] |
| | Um salário mínimo | 39 | 33,62% | 77 | 66,38% | 116 | |
| | Dois salários mínimos | 30 | 42,86% | 40 | 57,14% | 70 | |
| | Mais de dois salários mínimos | 32 | 51,61% | 30 | 48,39% | 62 | |
| Escolaridade | Sem/baixa escolaridade | 17 | 35,42% | 31 | 64,58% | 48 | 0.0001 ^{§§} |
| | Ensino fundamental completo | 19 | 52,78% | 17 | 47,22% | 36 | |
| | Ensino médio incompleto | 11 | 16,92% | 54 | 83,08% | 65 | |
| | Ensino médio completo | 45 | 45,45% | 54 | 54,55% | 99 | |
| | Ensino superior incompleto | 16 | 55,17% | 13 | 44,83% | 29 | |
| | Ensino superior completo/pós | 15 | 60,00% | 10 | 40,00% | 25 | |
| Ocupação | Afastado pelo INSS [¶] devido ao HIV ^{**} | 7 | 36,84% | 12 | 63,16% | 19 | 0.5215 [§] |
| | Aposentado | 2 | 22,22% | 7 | 77,78% | 9 | |
| | Desempregado | 36 | 46,15% | 42 | 53,85% | 78 | |
| | Empregado | 78 | 39,80% | 118 | 60,20% | 196 | |

*Valor-p = Probabilidade de significância; †Valor-p < 0,05; ‡Teste qui-quadrado; §Teste de Fisher; ||1 salário mínimo, Brasil, ano 2017 - R\$ 937,00; ¶INSS = Instituto Nacional do Seguro Social; **HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela 2 - Valores de frequência (%), valores absolutos, valor-p* das variáveis clínicas associadas à variável dor em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. São Carlos, SP, Brasil, 2017

| Variáveis | Categorias | Dor | | | | Total | Valor-p* |
|-------------------|---------------------------------|-----|--------|-----|--------|-------|----------|
| | | Não | | Sim | | | |
| | | n | % | n | % | | |
| Linfócitos T CD4+ | <200 células/mm ³ | 7 | 33,33% | 14 | 66,67% | 21 | 0.6139† |
| | 201-350 células/mm ³ | 13 | 44,83% | 16 | 55,17% | 29 | |
| | 351-500 células/mm ³ | 21 | 35,00% | 39 | 65,00% | 60 | |
| | >500 células/mm ³ | 82 | 42,71% | 110 | 57,29% | 192 | |
| Estágio clínico | 2ª fase - assintomático | 116 | 41,88% | 161 | 58,12% | 277 | 0.1762† |
| | 4ª fase – AIDS | 7 | 28,00% | 18 | 72,00% | 25 | |
| TARV§ | 1ª linha de tratamento | 81 | 42,86% | 108 | 57,14% | 189 | 0.7461‡ |
| | 2ª linha de tratamento | 35 | 36,46% | 61 | 63,54% | 96 | |
| | Não realiza | 2 | 33,33% | 4 | 66,67% | 6 | |
| | Situações especiais | 5 | 45,45% | 6 | 54,55% | 11 | |

*Valor-p = Probabilidade de significância; †Teste qui-quadrado; ‡Teste de Fisher; §TARV = Terapia antirretroviral

Na Tabela 3, os dados relacionados à dor estão apresentados no que se refere à classificação da intensidade e à interferência da dor na vida diária. De maneira geral, foram evidenciados valores altos de interferência da dor na vida das PVHA, sendo que o humor foi altamente afetado pela dor, seguido por atividades diárias e atividades gerais.

Na associação de SD com a variável dor, houve valor significativo ($p < 0,0001$). Foi possível observar nas PVHA que, mediante a presença de dor, 71,87% apresentavam SD e mediante a ausência de dor, 28,12% apresentavam SD.

Sobre a QVRS, por meio do instrumento HAT-QoL, observou-se que nos domínios função geral ($p < 0,0001$), satisfação com a vida ($p < 0,0001$), preocupação com a saúde ($p < 0,0001$), preocupação financeira ($p < 0,0001$), aceitação do HIV ($p = 0,0021$), preocupação com o sigilo ($p = 0,0021$) e atividade sexual ($p = 0,0009$) foram evidenciados valores significativos na relação com a dor. Sendo assim, indicam que as pessoas que possuem dor apresentam pior QVRS nesses domínios.

Somente os domínios preocupação com a medicação e confiança no médico não obtiveram valores significativos na sua relação com a dor, ou seja, essas variáveis da QVRS não estão sendo influenciadas pela dor.

Quando foi realizada a regressão logística múltipla da variável dor, dados sociodemográficos, clínicos, SD e QVRS, observou-se que muitas variáveis não foram estatisticamente significativas ao nível de 5%. Nesse contexto, para que se pudesse manter no modelo apenas as variáveis significativas, foi realizado o processo de seleção de variáveis via *Stepwise* (com α de permanência no modelo de 5%). Dessa forma, obteve-se como resultado que a QVRS média apresentou um p -valor $< 0,0001$ e *Odds Ratio* (OR) = 0,96. Isso significa que o aumento em um ponto nessa pontuação diminui

em 4% a chance de as PVHA relatarem dor. Esse dado afirma a relação inversamente proporcional existente entre a dor e o nível da QVRS nessa referida população. Observou-se também que outra variável foi dada como significativa, sendo ela o sexo ($p = 0,03$). A partir de tal valor significativo, concluiu-se que as mulheres apresentam 79% de chance superior aos homens de relatar dor.

Na Tabela 4, outro modelo foi ajustado e foi desconsiderada a QVRS devido ao seu alto poder de significância estatística em relação à dor. Sendo assim, nela ficaram significativas as variáveis sexo, escolaridade e SD.

Observa-se que a OR para sexo foi de 1,89, significando que mulheres tendem a relatar dor 89% mais do que os homens. Quanto à escolaridade das PVHA, encontra-se inversamente proporcional à dor. A OR é de 0,65, ou seja, pessoas com maior nível de formação escolar apresentam 35% menos chance de relatar dor. Sendo assim, PVHA com nível de escolaridade maior tendem a relatar menos dor do que as com escolaridade inferior ao ensino médio completo. Com relação aos SD, quando a pontuação for ≥ 9 no instrumento PHQ-9, que significa presença de SD, as PVHA possuem chance de relatar dor 2,11 vezes maior do que PVHA que pontuam < 9 .

Na Tabela 5, é apresentada a seleção de variáveis significativas para diferenciar a intensidade da dor em dois grandes grupos. Sendo assim, o grupo 1 (dor severa e dor moderada) foi comparado ao grupo 2 (dor leve e sem dor). Realizou-se tal análise para correlacionar as variáveis estudadas aos níveis de dor presentes na população estudada. Dessa forma, podem-se visualizar possíveis dados significativos que podem diferenciar-se entre os níveis de dor e, por fim, caracterizar especificidades importantes na população estudada.

Tabela 3 - Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade dos níveis de intensidade e de interferência da dor em diferentes aspectos da vida das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. São Carlos, SP, Brasil, 2017

| | n | % | Média | DP* | Mediana | Mínimo | Máximo |
|-----------------------------------|-----|--------|-------|------|---------|--------|--------|
| Intensidade da dor | | | | | | | |
| Leve | 108 | 59,88% | 3,26 | 1,05 | 3,50 | 1,00 | 4,75 |
| Moderada | 65 | 36,72% | 6,11 | 0,86 | 6,00 | 5,00 | 7,75 |
| Severa | 6 | 03,38% | 8,00 | 0,52 | 8,12 | 7,00 | 8,50 |
| Interferência da dor | | | | | | | |
| Atividade geral | 179 | | 6,50 | 7,57 | 6,71 | 0,00 | 10,00 |
| Atividade diária | 179 | | 7,04 | 3,25 | 8,00 | 0,00 | 10,00 |
| Humor | 179 | | 7,76 | 3,13 | 9,00 | 0,00 | 10,00 |
| Habilidade de caminhar | 179 | | 5,60 | 4,01 | 6,00 | 0,00 | 10,00 |
| Trabalho | 179 | | 5,82 | 4,44 | 8,00 | 0,00 | 10,00 |
| Relacionamento com outras pessoas | 179 | | 5,97 | 3,89 | 7,00 | 0,00 | 10,00 |
| Sono | 179 | | 4,69 | 3,78 | 4,00 | 0,00 | 10,00 |
| Apreciar a vida | 179 | | 5,21 | 3,45 | 5,00 | 0,00 | 10,00 |

*DP = Desvio padrão

Tabela 4 – Regressão logística múltipla desconsiderando a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde média e com seleção via *Stepwise*. São Carlos, SP, Brasil, 2017

| Variável | Categoria | OR* | OR*(95% CI†) | | Valor-p‡ |
|--------------|-------------------------------|------|--------------|------|----------|
| Sexo | Feminino | 1,89 | 1,12 | 3,20 | 0,017§ |
| Escolaridade | Ensino médio completo | 0,65 | 0,38 | 1,12 | 0,922§ |
| | Ensino superior/pós-graduação | 0,45 | 0,23 | 0,88 | 0,066§ |
| SD | Score ≥ 9 | 2,11 | 1,27 | 3,52 | 0,004§ |

*OR = Odds ratio; †95% CI = 95% intervalo de confiança; ‡Valor-p = Probabilidade de significância; §Seleção via *Stepwise* (com *alpha* de permanência no modelo 5%); ||SD = Sintoma depressivo

Tabela 5 - Regressão logística múltipla das variáveis significativas para diferenciação da intensidade da dor. São Carlos, SP, Brasil, 2017

| Variável | Categoria | OR* | OR* (95% CI†) | | Valor-p‡ |
|-----------------|-------------------------------|------|---------------|-------|----------|
| Sexo | Feminino | 2,07 | 1,16 | 3,71 | 0,014 |
| Faixa etária | > 29 anos e <= 49 anos | 1,29 | 0,66 | 2,55 | 0,189 |
| | > 49 anos | 3,85 | 1,40 | 10,61 | 0,008 |
| Renda familiar§ | Dois salários mínimos | 0,37 | 0,17 | 0,78 | 0,612 |
| | Mais de dois salários mínimos | 0,21 | 0,08 | 0,57 | 0,038 |
| PHQ-9 | Score ≥ 9 | 2,48 | 1,39 | 4,43 | 0,002 |

*OR = Odds ratio; †95% CI = 95% intervalo de confiança; ‡Valor-p = Probabilidade de significância; §1 salário mínimo, Brasil, ano 2017 - R\$ 937,00; ||PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9

Ao analisar os dados da tabela, observa-se que novamente o sexo está presente com valor significativo ($p=0,01$). A OR diz que as mulheres têm 2,07 vezes mais chances de relatar dores moderadas ou severas do que os homens. A faixa etária de PVHA de 49 a 59 anos apresentou OR de 3,85. Isso significa que pessoas nessa faixa etária apresentam queixas de dores que variam de moderada a severa, aproximadamente 4 vezes mais do que pessoas jovens (referência 18 a 29 anos).

Foi possível observar que à medida que a renda aumenta, existe diminuição da alegação de dores moderadas/severas e que o grupo de pacientes com pontuação no PHQ-9 ≥ 9 apresenta 2,48 vezes mais chances de possuir dores moderadas e severas.

Discussão

Com relação à presença de dor, foi possível observar que 59,27% das PVHA apresentaram dor nas últimas 24 horas. Entende-se que a presença de dor de quase 60% nas PVHA é algo preocupante. No entanto, é necessário conhecer a prevalência de dor da população no geral para afirmar que essa prevalência em PVHA é mesmo alta.

Uma revisão sistemática foi realizada para investigar a prevalência de dor em PVHA, o que resultou em uma variação de 54% a 83% nos estudos analisados⁽⁶⁾. Um estudo realizado na Uganda, com o objetivo de analisar a prevalência de dor em PVHA, teve como resultado que 68% das pessoas relataram dor no momento da entrevista⁽⁷⁾.

Porém, outros resultados diferiram do presente estudo, com valores de prevalência de dor inferiores aos encontrados, mas ainda bastante preocupantes. Na Tailândia, pesquisadores evidenciaram que apenas 22% das PVHA estudadas relataram dor nas últimas 24 horas⁽¹⁵⁾. Um outro estudo analisou a presença de dor no último ano, em PVHA, em Nova York e constatou uma prevalência de dor de 40% nessa população⁽¹⁶⁾.

Quando feita a correlação da dor com as variáveis sociodemográficas, foi possível observar predomínio de dor em mulheres (70,48%). Essa correlação também ficou evidenciada na literatura, em que alguns estudos encontram fortes associações entre o sexo feminino e a dor⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Na variável escolaridade, foram observados valores significativos para a relação com a dor, sendo que as PVHA que possuem ensino médio incompleto apresentaram maior prevalência de dor (83,08%), seguida de sem/baixa escolaridade (64,58%). Dois outros estudos^(7,10) evidenciaram maior prevalência de dor em PVHA que possuem somente o ensino primário (ensino fundamental), seguida de PVHA com somente o ensino secundário (ensino médio).

Na relação do tempo de realização da TARV realizado pelas PVHA, a variável dor teve como resultado valor significativo ($p= 0,0448$), sendo assim as pessoas que sentem dor realizam a TARV há mais tempo (5,83 anos ou ± 60 meses) em relação às pessoas que não sentem dor.

A relação de tempo da TARV com a dor já é evidenciada na literatura, sendo que seu uso continuado pode causar efeitos adversos de tipo neurológico, por exemplo, a dor neuropática periférica. Nesse contexto, a neuropatia ainda se destaca pela carência de conhecimentos sobre a dor associada ao tipo de fármaco ou esquema terapêutico utilizado pelo paciente. Mesmo com a evolução de efetividade e qualidade da TARV, a dor na PVHA ainda é comum, portanto é importante reconhecer que tanto os mecanismos de replicação viral quanto a realização contínua da TARV em associação com processos adversos contribuem na manifestação clínica da dor nessa população⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Quanto aos níveis de dor, o presente estudo evidenciou um maior relato de dor de nível leve (59,88%), seguida de dor moderada (36,72%) e dor severa (3,38%). Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, teve como resultado que 47,5% das PVHA apresentaram nenhuma dor/dor leve, 24,1%, moderada e 28,4%, severa⁽¹⁸⁾. A dor, de uma maneira geral, é reconhecida por causar um impacto negativo na capacidade de realização das funções diárias das PVHA⁽⁶⁾.

Sobre a interferência da dor na vida diária das PVHA, nesta pesquisa, foi computado que as atividades que sofreram mais interferência foram humor, seguido por atividade diária e, por último, a atividade geral. A literatura evidencia alta interferência da dor na vida diária, principalmente nos aspectos sono, apreciar a vida e trabalho das PVHA^(15,21-22).

Sobre as áreas do corpo com maior predominância de dor, a cabeça foi a área mais recorrente na presente investigação. Estudos evidenciaram dados semelhantes, trazendo como resultado a identificação da cabeça como uma das áreas do corpo mais prevalentes com relação à dor^(4-7,11,16).

Quanto aos SD e sua relação com a dor, foram obtidos valores significativos como resultado. Dessa forma, as pessoas com dor apresentaram SD em maior proporção. Um estudo observou que quase metade das PVHA (42,8%) que apresentavam dor tinha também depressão moderada ou grave. A direção da relação entre dor e depressão pode ser recíproca, pois é provável que aqueles que experimentam dor tornem-se deprimidos e aqueles que estão deprimidos podem ser mais propensos a relatar dor. Além disso, alterações ocorridas no sistema nervoso central das PVHA, associadas à depressão, podem influenciar na evolução da doença, uma vez que contribuem para o aumento da vulnerabilidade biológica⁽²²⁻²⁵⁾.

A não relação entre HIV/AIDS e SD também já foi evidenciada pela literatura, em que dois estudos tiveram como resultado baixa relação entre as variáveis. Um deles evidenciou que, por mais que algumas PVHA com dor tenham apresentado SD (10,3%), não houve uma relação significativa entre as variáveis. Um outro estudo teve como resultado que, entre as PVHA, a prevalência dessas comorbidades juntas foi de apenas 5%. Embora nem todos os pacientes com dor estejam deprimidos, tanto a dor como a depressão podem resultar de manifestações de doenças que perturbam outros aspectos da vida^(10,15).

Por meio do instrumento HAT-QoL, foi possível observar que os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupação financeira, aceitação do HIV, sigilo e atividade sexual apresentaram valores significativos e um nível da QVRS menor do que o encontrado em outros estudos, em que não foi investigada a presença de dor. Nos domínios que não apresentaram valores estatisticamente significativos (preocupação com a medicação e confiança no profissional), o nível da QVRS foi menor do que em outras pesquisas comparadas que somente analisavam a QVRS das PVHA^(9,26). Assim, em toda a análise dos nove domínios, é claramente visível que a dor tem um impacto negativo na QVRS das PVHA.

Por meio das regressões logísticas múltiplas realizadas no presente estudo, foi constatado que o aumento em um ponto no instrumento HAT-QoL diminui em 4% a chance de as PVHA relatarem dor, ou seja, quanto maior a dor, menor a QVRS. Dois estudos relataram que a dor moderada à severa possui impacto significativo na capacidade funcional e na QVRS^(4,21). Dessa forma, é evidenciado que a dor tem um efeito debilitante na QVRS das PVHA⁽⁷⁾.

Também foi possível analisar, nesse estudo, que o maior nível de dor foi prevalente em mulheres, que possuem 79% (OR = 1,05 – 3,05) de chance superior aos homens de relatar dor e 2,07 vezes mais chances de relatar dores moderadas ou severas. Quando desconsiderada apenas a variável QVRS, devido ao seu alto poder de significância estatística em relação à dor, as mulheres passam a ter 89% (OR = 1,12 – 3,20) de chances de relatar dor em relação aos homens.

O presente estudo teve como resultado, também, que quanto maior o grau de escolaridade, menor a relação com a dor. Obteve-se como achado que pessoas com maior nível de formação escolar apresentam 35% menos chance de relatar dor. A relação da dor com indivíduos sem/baixa escolaridade já foi evidenciada em literatura tanto com relação à presença da dor quanto com a intensidade, estando o menor nível de escolaridade associado à dor mais intensa^(15,18).

O estudo obteve como resultado que as PVHA com pontuação ≥ 9 no instrumento PHQ-9, o que significa presença de SD, possuem chance de relatar dor 2,11 vezes maior e 2,48 vezes mais chances dessas dores serem moderadas ou severas. Alguns fatores identificados são associados ao risco de SD em pessoas infectadas pelo HIV, entre eles percepção de que o HIV afeta todos os aspectos da vida (percepção de consequências impostas pela doença) e problemas emocionais associados ao diagnóstico de soropositividade (o estresse).

Os esforços para diagnosticar e tratar um episódio de SD associado ao HIV podem prevenir a dor e futuras comorbidades relacionadas a ela, além de ter um impacto positivo na QVRS. Portanto, é importante que os profissionais de saúde saibam que muitas vezes eles terão de lidar com a somatização de queixas e doenças emocionais, visando, assim, à promoção da saúde mental das PVHA. Dessa forma, o enfermeiro exerce um importante papel nessa situação auxiliando a equipe de saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento de SD entre as PVHA, bem como na assistência integral a esses indivíduos^(8,10,27-28).

Observou-se que PVHA na faixa etária de 49 a 59 anos apresentam queixas de dores que variam de moderada a severa, aproximadamente 4 vezes mais do que pessoas da faixa etária de 18 a 29 anos. Esse

resultado também é presente em outros estudos^(7,18,29). Um desses realizado com PVHA em cuidados ambulatoriais teve como resultado que acima de 36 anos esses pacientes apresentavam mais dor do que aqueles com idades inferiores, tendo como nível leve o de maior acometimento, seguido da severa e por último a dor moderada. Em regressão logística, obteve-se como resultado que as pessoas com idade maior de 36 anos possuíam mais chances de desenvolver dor moderada do que dor leve/sem dor, 1,02 ($p < 0,310$), bem como 0,99 mais chances de desenvolver dor severa do que dor leve/sem dor, 0,99 ($p < 0,689$)⁽⁷⁾.

Quanto à renda econômica, à medida que ela aumenta, existe diminuição da alegação de dores moderadas e severas. Um estudo teve como resultado que diversos fatores de riscos impactam na dor, sendo a baixa renda uma delas. Dessa forma, estudos evidenciam maiores índices de dor em países onde a população possui baixa e média renda econômica^(15,30).

Como limitação do estudo, pode-se identificar que a análise relacionada à presença de dor foi restrita para as últimas 24 horas em função do instrumento de avaliação da dor utilizado. No entanto, essa restrição impede-nos de saber a real presença de dor. Isso pode ter eliminado a possibilidade de identificar um maior número de pessoas com dor, ou seja, as pessoas que não apresentaram dor nas últimas 24 horas, mas apresentaram com frequência na última semana ou mês não tiveram suas características avaliadas.

Conclusão

Ressalta-se que o presente estudo apresenta dados de uma variável pouco investigada no país, a dor em PVHA.

Os resultados permitem apresentar uma prevalência de dor bastante preocupante em PVHA em idade adulta, destacando-se uma maior associação com o sexo feminino, baixa escolaridade, pior nível da QVRS e presença de SD. Tais resultados possibilitam a discussão entre pesquisadores e enfermeiros com o intuito de traçarem medidas para objetivar o manejo desse sintoma.

O profissional da enfermagem possui papel fundamental na equipe de saúde no que se refere ao diagnóstico, prevenção e manejo da dor em PVHA. Assim, para possibilitar uma boa QVRS, são de extrema importância ações de enfermagem voltadas ao diagnóstico, prevenção e manejo da dor em pessoas que convivem com uma doença crônica, em que inúmeros outros sintomas podem ocorrer.

Novos estudos podem ser desenvolvidos, por exemplo, com um acompanhamento longitudinal desta

amostra para entender como se comportam essas variáveis com o passar do tempo. Além disso, podem-se também desenvolver estudos a fim de conhecer as causas da dor e para se testar intervenções que possam minimizá-la.

Referências

1. Greco DB. Thirty years of confronting the aids epidemic in brazil, 1985-2015. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 15]; 21(5): 1553-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501553&script=sci_abstract&lng=pt
2. Pereira PS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Factors associated with HIV/Aids infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 23]; 19(3): 747-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00747.pdf>
3. Syed IA, Sulaiman SA, Hassali MA, Lee CK. Adverse drug reactions and quality of life in HIV/Aids patients: Advocacy on valuation and role of pharmacovigilance in developing countries. *HIV & aids Rev*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 28]; 14(1): 28-30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1730127014000721>
4. Azagew AW, Woreta HK, Tilahun AD, Zelalem Anlay D. High prevalence of pain among adult HIV-infected patients at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *J Pain Res*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 14]; 10: 2461-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5648308/>
5. Wilson NL, Azuero A, Vance DE, Richman JS, Moneyham LD, Raper JL. Identifying Symptom Patterns in People Living With HIV Disease. *J Assoc Nurses aids Care*. [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2016 Mar 28]; 27(2): 121-32. Available from: [http://www.nursesinaidscarejournal.org/article/S1055-3290\(15\)00268-X/fulltext](http://www.nursesinaidscarejournal.org/article/S1055-3290(15)00268-X/fulltext)
6. Parker R, Stein DJ, Jelsma J. Pain in people living with HIV/Aids: a systematic review. *J Int aids Soc*. [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 Feb 14]; 17:18719. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.7448/IAS.17.1.18719>
7. 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*. [Internet]. 2012 Jul [cited 2015 Dec 15]; 13(7): 704-713. Available from: [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00618-9/pdf](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00618-9/pdf)
8. Slot M, Sodemann M, Gabel C, Holmskov J, Laursen T, Rodkjaer L. Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Medicine*. [Internet]. 2015 Aug [cited 2016 Apr 22]; 16 (7): 393-402. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.12223>
9. Soares B, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of people living with HIV/Aids treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 Abr [cited 2016 Fev 21]; 20(4):1075-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000401075&script=sci_arttext&lng=pt
10. Mwesiga EK, Mugenyi L, Nakasujja N, Moore S, Kaddumukasa M, Sajatovic M. Depression with pain co morbidity effect on quality of life among HIV positive patients in Uganda: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Dec 18]; 30(13): 206. Available from: <https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0403-5>
11. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with aids in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 Mar 21]; 31(6): 1188-98. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/en_0102-311X-csp-31-6-1188.pdf
12. Ferreira KASL, Teixeira M, Mendonza TR, Cheeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Supportive Care Cancer*. [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Dec 4]; 19(4): 505-11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-010-0844-7>
13. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Feb 22]; 29 (8): 1533-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800006
14. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Brazilian-Portuguese translation and validation of the HIV/Aids-Targeted Quality of Life Instrument. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Jan 9]; 25 (1): 69-76. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000100011
15. Robbins NM, Chaiklang K, Supparatpinyo K. Undertreatment of pain in HIV+ adults in Thailand. *J Pain Symptom Manage*. [Internet]. 2013 Jun [cited 2015 Dec 10]; 45(6): 1061-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568442/>
16. Jiao JM, So E, Jebakumar J, George MC, Simpson DM, Robinson-Papp J. Chronic pain disorders in HIV primary care: clinical characteristics and association with healthcare utilization. *Pain*. [Internet]. 2016 Apr [cited

- 2015 Dec 10]; 157(4): 931–937. Available from: https://journals.lww.com/pain/Abstract/2016/04000/Chronic_pain_disorders_in_HIV_primary_care__20.aspx
17. Parker R, Jelsma J, Stein DJ. Pain in amaXhosa women living with HIV/AIDS: a cross-sectional study of ambulant outpatients. *BMC Women's Health*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 14]; 17(1). Available from: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0388-9>
18. Silva JG, Morgan DAR, Alchieri JC, Medeiros HJ, Knackfuss MI. Pain level associated to socio-demographic and clinical variables in people living with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Dor*. [Internet]. 2017 Jan/Mar [cited 2016 Dec 11]; 18(1): 51-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n1/pt_1806-0013-rdor-18-01-0051.pdf
19. Nicholas PK, Corless, IB, Evans LA. Peripheral neuropathy in HIV: an analysis of evidence-based approaches. *J Assoc Nurses aids Care*. [Internet]. 2014 Jul/Aug [cited 2016 Feb 12]; 25(4): 318-29. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1055-3290\(14\)00003-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1055-3290(14)00003-X)
20. Souza A, Silva RB, Sarria JAD, Lazzarotto AR. Quality of life in women living with HIV/AIDS. *Clin Biomed*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 16]; 36(3): 156-64. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/65984/pdf>
21. Mann R, Sadosky A, Schaefer C, Baik R, Parsons B, Nieshoff E, Nalamachu, S. Burden of HIV-Related Neuropathic Pain in the United States. *J Int Assoc Providers AIDS Care*. (JIAPAC) [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 14]; 15(2): 114–25. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2325957415592474?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
22. Sabin CA, Harding R, Bagkeris E, Nkhoma K, Post FA, Sachikonye M, et al. Pain in people living with HIV and its association with healthcare resource use, well being and functional status. *AIDS*. [Internet] 2018 Nov [cited 2019 Jan 14]; 28;32(18). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30289809>
23. Uebelacker LA, Weisberg RB, Herman DS, Bailey GL, Pinkston-Camp MM, Stein MD. Chronic Pain in HIV-Infected Patients: Relationship to Depression, Substance Use and Mental Health and Pain Treatment. *Pain Med*. [Internet] 2015 [cited 2019 Jan 14]; 16(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486324/>
24. Springer SA, Dushaj A, Azar MM. The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *Aids Behav*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 7]; 16(8): 2119–2143. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481055/>
25. Goodin BR, Owens MA, White DM, Strath LJ, Gonzalez C, Rainey RL, et al. Intersectional health-related stigma in persons living with HIV and chronic pain: implications for depressive symptoms. *AIDS Care*. [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jan 14]; 30(sup2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29848042>
26. Medeiros RCSC, Medeiros JA, Andreza T, Silva L, Andrade RD, Medeiros DC. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2017 Jul [cited 2016 Apr 2]; 51(66). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006266.pdf
27. Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 14]; 25(0) Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2874.pdf
28. Mello ABSN, Gravel T. HIV pain management challenges and alternative therapies. *Nursing* 2017. [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Jan 14]; 47(4). Available from: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2017/04000/HIV_pain_management_challenges_and_alternative.19.aspx
29. Malvar J, Vaida F, Sanders CF, Atkinson JH, Bohannon W, Keltner J, et al. Predictors of new-onset distal neuropathic pain in HIV-infected individuals in the era of combination antiretroviral therapy. *Pain*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 14]; 156(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374054/>
30. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Mar 3]; 385(10). Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60805-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60805-4/fulltext)


Recebido: 28.08.2018

Aceito: 17.02.2019

Autor correspondente:

Aliny Cristini Pereira

E-mail: alinycristini@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-9274-3842>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.