

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINY CRISTINI PEREIRA

PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS À DOR E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

SÃO CARLOS - SP

2018

PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS À DOR E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS À DOR E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de São Carlos – UFSCar,
para obtenção do grau de
Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Priscilla
Hortense

SÃO CARLOS

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Aliny Cristini Pereira, realizada em 27/04/2018:

Priscilla Hortense

Profa. Dra. Priscilla Hortense
UFSCar

Anamaria Alves Napoleão

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
UFSCar

Renata Karina Reis

Profa. Dra. Renata Karina Reis
USP

Dedico este trabalho a minha família,
que nunca poupou esforços,
incentivo e ajuda para que tudo isso
fosse possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, força maior que me rege e me guia diariamente.

A minha família, que mesmo com todas as dificuldades que passamos, nunca deixamos de lutar pelos nossos sonhos, de ajudar um ao outro e ter fé. Minha mãe, mulher forte e destemida, meu porto seguro. Meu irmão, meu espelho de coragem e determinação. Meu pai, meu eterno pai, onde quer que esteja, saiba que nunca deixarei de te amar e admirar. Minha eterna estrela de luz.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Priscilla Hortense, por ter acreditado em mim em todos os momentos e por ter me proporcionado um crescimento profissional e pessoal imensurável.

A Prof^a Dr^a Anamaria Napoleão e Prof^a Dr^a Renata Karina Reis, que foram pessoas fundamentais na lapidação de todo esse trabalho.

Ao local de coleta de dados, Centro de Infecções Crônicas da cidade de São Carlos, e toda a equipe que me acolheu desde o primeiro momento. Que vocês continuem sendo essa equipe unida, eficiente e atenciosa.

Ao PPGENF pela oportunidade, compartilhamento de conhecimento e apoio.

A aluna de doutorado, Ma. Estefani Serafim Rossetti, por toda ajuda e apoio na coleta de dados, publicação do artigo e, o mais importante, um ombro amigo.

A aluna de iniciação científica Fernanda Bradbury, por toda ajuda na revisão dos artigos, coleta de dados e companheirismo.

A aluna de doutorado, Ma. Cássia Regina Gontijo, por todo o direcionamento, ensinamento e ajuda no começo do projeto.

A instituição a qual eu trabalho (Santa Casa de São Carlos), pelo apoio e incentivo nesse árduo caminho. Um agradecimento a minha equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem do Bloco Operatório) e um agradecimento especial a minha Gerente de Enfermagem Prof^a Dr^a Amanda Creste Ribeiro Risso, por todo o conhecimento compartilhado, conselhos, apoio e segurança. Cresci muito com você.

Aos meus amigos (as), que são minha segunda família. Estão comigo nas horas de alegria, tristeza, dificuldade e carinho. São meus pilares de sustentação nessa vida, que me mostram as coisas boas e as ruins. Irmãos de alma, que sorte a minha ter vocês caminhando comigo.

E, por fim, agradeço a mim mesma, pela força que tive e por mais um desafio vencido, de milhões que virão. Essa é a graça da vida, que, aliás, só perde o sentido quando não temos mais com o que sonhar. Obrigada!

RESUMO

As pessoas que vivem com HIV/aids apresentam diversos sintomas persistentes que são desenvolvidos no decorrer da doença, sendo a dor um desses sintomas que pode estar relacionada com alterações na qualidade de vida relacionada à saúde e no humor. Objetivou-se nesse estudo analisar a prevalência de dor em 302 pessoas que vivem com HIV/aids, na faixa etária de 18 a 59 anos, atendidas em um serviço de atendimento especializado de uma cidade do interior do estado de São Paulo e analisar sua relação com sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde. Utilizou-se como instrumentos um questionário sociodemográfico, um clínico, o Patient Health Questionnaire-9, o Brief Pain Inventory e o HIV/Aids Targeted Quality of Life. O período de coleta dos dados ocorreu de janeiro à julho de 2017. No que diz respeito à dor, 59,27% dos indivíduos referiram dor, de intensidade leve, recorrente na região da cabeça e com interferência no humor. A dor correlacionou-se significativamente com sexo ($p = 0,0038$), escolaridade ($p = 0,0001$), tempo de realização do tratamento antirretroviral ($p = 0,0448$), prevalência de sintomas depressivos ($p < 0,0001$), qualidade de vida relacionada à saúde 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 ($p = 0,0009$). Quanto à regressão logística múltipla, o aumento em um ponto no score geral do instrumento HIV/Aids Targeted Quality of Life diminuiu em 4% a chance de relatos de dor ($OR = 0,96$, $p < 0,0001$). As mulheres apresentaram 79% de chance superior aos homens de relatar dor ($OR = 1,79$, $p = 0,03$) e quando desconsiderou-se a variável qualidade de vida relacionada à saúde, as mulheres passaram a relatar dor 89% a mais do que os homens ($OR = 1,89$, $p = 0,017$). Sobre os níveis dessa dor, as mulheres apresentaram 2,07 vezes mais chances de relatarem dores moderadas ou intensas do que os homens ($OR = 2,07$, $p = 0,014$). Quanto a escolaridade, pessoas que vivem com HIV/aids com maior nível de formação escolar apresentaram 35% menos chance de relatar dor ($OR = 0,65$, $p = 0,922$). As pessoas que vivem com HIV/aids que tiveram pontuação ≥ 9 no instrumento PHQ-9, possuíam chance de relatar dor 2,11 vezes maior do que as que pontuaram < 9 ($OR = 2,11$, $p = 0,004$) e 2,48 vezes mais chances dessas dores

serem moderadas e severas (OR = 2,48, p = 0,002). Pessoas que vivem com HIV/aids acima de 49 anos apresentaram queixas de dores que variaram de moderada a severa, aproximadamente 4 vezes mais do que pessoas jovens (referência ≤ 29 anos) (OR = 3,85, p = 0,008). À medida que a renda aumentava existia diminuição da alegação de dores moderadas e severas (OR = 0,21, p = 0,038). De maneira geral, podemos concluir que a prevalência de dor, na população estudada, tem relação com um pior nível de qualidade de vida relacionada à saúde e com o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Palavras-chave: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Dor; Qualidade de vida relacionada à saúde; Depressão.

ABSTRACT

People living with HIV/aids have several persistent symptoms that develop during the course of illness, with pain being one of those symptoms that may be related to changes in health and mood-related quality of life. The objective of this study was to analyze the prevalence of pain in 302 people living with HIV / AIDS, aged between 18 and 59 years old, who were treated at a specialized care service in a city in the interior of the state of São Paulo, and analyzed their relationship with depressive symptoms and health-related quality of life. A sociodemographic questionnaire, a clinician, the Patient Health Questionnaire-9, the Brief Pain Inventory and the HIV/Aids Targeted Quality of Life were used as instruments. The data collection period occurred from January to July 2017. Concerning pain, 59.27% of the subjects reported pain, of mild intensity, recurrent in the region of the head and with interference in mood. Pain was significantly correlated with sex ($p = 0.0038$), schooling ($p = 0.0001$), time of antiretroviral treatment ($p = 0.0448$), prevalence of depressive symptoms ($p < 0.0001$), quality ($p < 0.0001$), health concern ($p < 0.0001$), financial concern ($p < 0.0001$), HIV acceptance ($p = 0.0021$), life satisfaction), concern about secrecy ($p = 0.0021$) and sexual activity ($p = 0.0009$). As for multiple logistic regression, the increase in one point in the overall score of the HIV/Aids Targeted Quality of Life instrument decreased the chance of pain reports ($OR = 0.96$, $p < 0.0001$) by 4%. Women had a 79% higher chance of reporting pain ($OR = 1.79$, $p = 0.03$) and when the variable health-related quality of life was disregarded, women reported 89% more pain than men ($OR = 1.89$, $p = 0.017$). On the levels of this pain, women were 2.07 times more likely to report moderate or severe pain than men ($OR = 2.07$, $p = 0.014$). As for schooling, people living with HIV / AIDS with a higher level of school education presented a 35% less chance of reporting pain ($OR = 0.65$, $p = 0.922$). People living with HIV / AIDS who scored ≥ 9 on the PHQ-9 instrument had a chance to report 2.11 times greater than those who scored < 9 ($OR = 2.11$, $p = 0.004$) and 2, 48 times more likely to be moderate and severe ($OR = 2.48$, $p = 0.002$). People living with HIV / AIDS above 49 years of age presented complaints of pain ranging from moderate to severe, approximately 4 times more than young people (reference ≤ 29 years) ($OR = 3.85$, $p = 0.008$). As income increased, there was a decrease in the claim for moderate and severe pain ($OR = 0.21$, $p = 0.038$). In

general, we can conclude that the prevalence of pain in the studied population is related to a worse level of health-related quality of life and to the development of depressive symptoms.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Pain; Health-related quality of life; Depresión.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - TARV em situações especiais	23
Figura 2 - Esquema de TARV inicial preferencial para adultos	24
Figura 3 - Recomendações de TARV inicial alternativa para adultos	24
Figura 4 - Esquema inicial preferencial para gestantes	25
Figura 5 - Distribuição de casos por faixa etária e por sexo	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de pessoas com HIV/aids segundo sexo e faixa etária, de acordo com o Boletim Epidemiológico (2015)	40
Tabela 2 - Número amostral calculado de pessoas para atingir os objetivos do presente estudo segundo faixa etária e sexo. São Carlos, 2017	40
Tabela 3 - Valores de frequência (%) das variáveis sociodemográficas associadas a variável dor das PVHA. São Carlos, 2017	46
Tabela 4 - Valores de frequência (%) das variáveis clínicas associadas à variável dor em PVHA. São Carlos, 2017.	48
Tabela 5 - Tendência central e variabilidade da variável tempo, em anos, do TARV realizado pelas PVHA com relação a variável dor. São Carlos, 2017	49
Tabela 6 - Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade dos níveis de intensidade e de interferência da dor em diferentes aspectos da vida das PVHA. São Carlos, 2017	50
Tabela 7 - Valores de frequência (%) da variável dor com relação a sua prevalência nas áreas do corpo das PVHA. São Carlos, 2017	51
Tabela 8 - Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade de SD associados a variável dor em PVHA. São Carlos, 2017	51
Tabela 9 - Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade da QVRS segundo os domínios do instrumento HAT-QoL e a dor em PVHA. São Carlos, 2017	52
Tabela 10 - Regressão logística múltipla das variáveis dor, dados sociodemográficos, clínicos, QVRS e SD. São Carlos, 2017	53
Tabela 11 - Regressão logística múltipla das variáveis dor, dados sociodemográficos, clínicos, QVRS e SD, com seleção via Stepwise. São Carlos, 2017	54

Tabela 12 - Regressão logística múltipla desconsiderando a variável QVRS média e com seleção via Stepwise. São Carlos, 2017	54
Tabela 13 - Regressão logística múltipla das variáveis significativas para diferenciação da intensidade da dor. São Carlos, 2017	55

LISTA DE SIGLAS

3TC	Lamivudina
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antirretroviral
BPI	Brief Pain Inventory
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNA	Desoxiribonucleic Acid
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir
SD	Episódio Depressivo Maior
EFV	Efavirenz
EUA	Estados Unidos da América
HAT-QoL	HIV/aids Targeted Quality of Life
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IASP	Internacional Association for the Study Pain
IP	Inibidor de Protease
IP/r	Inibidor de Protease reforçado com Ritonavir
INI	Inibidor de Integrase
ITRN	Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo

ITRNt	Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídio
OR	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PVHA	Pessoa que Vive com HIV/Aids
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RAL	Raltegravir
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SD	Sintomas Depressivos
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TDF	Tenofovir
UDI	Usuário de Droga Injetável
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	HIV/Aids: panorama geral	18
1.2	Dor, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em PVHA	26
2	JUSTIFICATIVA	34
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	36
3.2	Objetivos específicos	36
4	MÉTODOS	377
4.1	Tipo de estudo	377
4.2	Local da pesquisa	377
4.3	População e amostra	377
4.3.1	Critérios de inclusão	377
4.3.2	Critérios de exclusão	388
4.3.3	Amostragem	388
4.4	Procedimentos éticos	411
4.5	Coleta de dados	411
4.5.1	Procedimentos de coleta de dados	411
4.5.2	Instrumentos de coleta de dados	41
4.6	Análise de dados	444
5	RESULTADOS	46
6	DISCUSSÃO	57
7	CONCLUSÕES	72
8	REFERÊNCIAS	72
9	APÊNDICES	87
10	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 HIV/Aids: panorama geral

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um lentivírus que está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), que ataca o sistema imunológico. As células mais infectadas são os linfócitos T CD4+, os quais tem seu ácido desoxirribonucleico (DNA) alterado para que o vírus faça cópias de si mesmo para posteriormente multiplica-se até romper os linfócitos e ir em busca de outros para continuar a infecção, formando um ciclo. Existem diversos soropositivos para o HIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a síndrome, mas podem transmitir o vírus a outras pessoas através de relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação (BRASIL, 2012).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 36,7 milhões de pessoas viviam com o HIV em todo o mundo no final de 2016. Nesse mesmo ano, cerca de 1,8 milhões de pessoas foram infectadas e 1 milhão morreram de causas relacionadas com a aids (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

De 2010 a 2016, as novas infecções por HIV entre os adultos caíram cerca de 11%, novas infecções por HIV entre crianças diminuíram 47% e as mortes relacionadas à aids diminuíram 48% desde o pico em 2005 (UNAIDS, 2016).

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. Nesse mesmo período de tempo, registrou-se um total de 419.972 casos de aids notificados no SINAN, declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), sendo 177.428 (42,2%) na região Sudeste, 91.178

(21,7%) na região Sul, 84.661 (20,1%) na região Nordeste, 38.545 (9,1%) na região Norte e 28.154 (6,7%) Centro-Oeste. Observam-se importantes diferenças nas proporções dos dados segundo sua origem em relação às regiões do país. As regiões Sul e Centro-Oeste possuem maior proporção de casos oriundos do SINAN que o Norte, o Nordeste e o Sudeste (BRASIL, 2017).

No que se refere ao sexo, no período de 2007 a 2017, foi notificado no SINAN um total de 131.969 (67,9%) casos em homens e 62.198 (32,1%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2016, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,5 homens para uma mulher. Quanto às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos. Com relação à escolaridade, no mesmo período, verificou-se um elevado percentual de casos ignorados (25,4%), levando a uma certa dificuldade para compreensão e avaliação dos casos de infecção pelo HIV relacionados à educação. Entre os homens, no período analisado, verifica-se que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI); entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,7% na de UDI. (BRASIL, 2017).

Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, entre os casos registrados no SINAN no período de 2007 a 2017, 51,5% foram entre pretos/pardos e 47,6% são entre brancos. No sexo masculino, 49,6% dos casos estão entre brancos e 49,4% entre pretos/pardos; entre as mulheres, 43,2% dos casos são entre brancas e 55,9% entre pretas/pardas. Enfatiza-se o alto percentual de casos com a informação sobre raça/cor ignorada: em torno de 8,5% nos últimos cinco anos (BRASIL, 2017).

O estágio clínico da infecção pelo HIV tem grande importância para a interpretação do estado da saúde das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA). As infecções causadas pelo HIV podem apresentar-se desde formas assintomáticas até um conjunto de manifestações clínicas que caracterizam a aids (KLASE et al., 2009; PLANTIER et al., 2009).

A fase denominada infecção aguda ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo HIV, quando o vírus está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfoides. Nesta fase, tem-se uma carga viral de HIV elevada e ao mesmo tempo os níveis de linfócitos tornam-se decrescentes, em especial os linfócitos T CD4+. O indivíduo, nesse momento, torna-se altamente infectante. A infecção pelo HIV, como em outras infecções virais agudas, é acompanhada por um grupo de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA). Os principais sinais clínicos de SRA são febre, cefaleia, astenia, faringite, mialgia, exantema e adenopatia. Os sintomas que caracterizam a SRA são habitualmente atribuídos a outras patologias, por serem extremamente semelhantes aos de outras infecções virais comuns, e a infecção pelo HIV acaba deixando de ser diagnosticada nessa fase inicial (BRASIL, 2017).

As fases latência clínica e assintomática são caracterizadas pela linfadenopatia, que pode continuar presente após a fase infecção aguda. A presença de linfadenopatia generalizada persistente é frequente e seu diagnóstico diferencial, inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar. A plaquetopenia acaba tornando-se comum, devido a possíveis alterações que podem ocorrer nos exames laboratoriais. Além disso, anemia e leucopenia leves podem aparecerem. Com a permanência da contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 céls/mm³, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos (infecções respiratórias, tuberculose). Com o aumento da infecção ao decorrer do tempo, surgem apresentações atípicas das infecções (resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções antigas) (BRASIL, 2017).

Com a progressão da doença, sintomas como febre baixa, perda de peso, fadiga, sudorese noturna, diarreia crônica, cefaleia, infecções bacterianas, alterações neurológicas, herpes-zoster e lesões orais tornam-se mais frequentes. Dessa forma, nesse período, já é possível observar diminuição na contagem de linfócitos T CD4+, que poderão estar nas faixas entre 200 e 300 céls/mm³. Um dos marcadores clínicos da imunossupressão grave é a candidíase oral e foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. Episódios de febre idiopática, leucoplasia oral pilosa

e diarreia crônica, também são denominados sinais que prediz a evolução para aids (BRASIL, 2017).

A última fase, fase da aids, é caracterizada pelo aparecimento das infecções oportunistas. Dentre as infecções oportunistas, as mais recorrentes são: pneumocistose, neurotoxoplasmose, retinite por citomegalovírus, meningite criptocócica, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada. Também ocorre o aparecimento de neoplasias, sendo as mais comuns sarcoma de Kaposi, câncer de colo uterino (mulheres jovens) e linfoma não Hodgkin. Nessa fase, a contagem de linfócitos T CD4+ encontra-se abaixo de 200 céls/mm³, em sua maioria. Além disso, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como nefropatia, miocardiopatia, e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017).

Sobre o tratamento antirretroviral (TARV), o Sistema Único de Saúde (SUS) garante ao paciente infectado pelo HIV acesso gratuito ao tratamento em centros especializados. O Brasil tem sido amplamente citado como o maior e mais bem sucedido programa de combate à aids entre os países em desenvolvimento (NUNN et al, 2007). 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 se mostrou como 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 transformador de diversos aspectos na vida dessas pessoas (SYED et al, 2015).

O TARV, desde sua introdução universal no Brasil, em 1996, vem trazendo diversas mudanças às PVHA, sendo a mais importante o aumento da sobrevivência. Porém, como o efeito dos medicamentos são, de certa forma agressiva, pois impedem a multiplicação do vírus no organismo, podem causar alguns efeitos colaterais desagradáveis. Os efeitos colaterais mais frequentes são a diarreia, dores musculares, náuseas, vômitos, agitação, manchas avermelhadas pelo corpo, sonhos vívidos e insônia. Há pessoas que não sentem tais efeitos colaterais, isso é explicado pelo fato do tipo de estilo de vida que a

pessoa vive, hábitos e características pessoas. Alguns desses sintomas ocorrem no início do tratamento e tendem a desaparecer em poucos dias ou semanas, nesses casos, não se recomenda a automedicação nem o abandono do tratamento, que pode ocasionar a resistência do vírus ao medicamento (BRASIL, 2012).

Além dos efeitos colaterais temporários do TARV, mencionados acima, os pacientes podem desenvolver alterações a longo prazo, resultantes da somatização da progressão do HIV com os efeitos tóxicos provocados pelos medicamentos. O TARV pode causar danos ao rins, fígado, intestino, ossos, estômago e alterações neuropsiquiátricas. Além disso, podem causar alterações no metabolismo, provocando diabetes, lipodistrofia, entre outras doenças (BRASIL, 2012).

No que se refere ao tipo de TARV, busca-se conhecer, a linha de tratamento utilizada e o que isso pode gerar de adversidade a PVHA durante o seu uso. Até o início do ano de 2017, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, do Ministério da Saúde, preconizava três linhas de tratamento, sendo elas a primeira linha de tratamento, segunda linha de tratamento e TARV em situações especiais.

A primeira linha de tratamento era formada pela TDF + 3TC + EFV associação de Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) com Efavirenz (EFV). O EFV realizava a supressão da replicação viral a longo prazo e resultava em um perfil de toxicidade hematológica e à lipoatrofia. Seus efeitos colaterais mais comuns eram alterações do sono, tonturas, sonhos vívidos e alucinações, e costumavam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. A indicação do EFV devia ser avaliada criteriosamente em pessoas com depressão ou que necessitavam ficar em vigília durante a noite (BRASIL, 2013).

A segunda linha de tratamento antirretroviral ocorria em situações em que o uso de EFV e Nevirapina não eram possíveis, dessa forma era realizada a sua substituição por um Inibidor de Protease (IP), de modo que o esquema antirretroviral ficasse estruturado da seguinte forma – 2 Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo (ITRN) + IP reforçado com Ritonavir (IP/r) (BRASIL, 2013).

O Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) era o IP/r preferencial, por tais razões: coformulação com Ritonavir, maior número de estudos clínicos com seguimento no longo prazo, experiência de uso, potência e durabilidade conferidas ao esquema, além de menor custo e facilidade logística, pois não necessita de armazenamento refrigerado. Os pontos positivos da combinação do IP com Ritonavir como adjuvante farmacológico estavam em proporcionar níveis séricos mais elevados e estáveis do medicamento, por tempo mais prolongado e com menor risco de mutações que resultariam em resistência viral. Porém, era mais frequente a ocorrência de eventos gastrointestinais (diarreia) e dislipidemias em esquemas com IP/r, quando comparados a associações que envolviam Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN), particularmente o EFV (BRASIL, 2013).

O TARV em situações especiais era prescrito em situações clínicas nas quais a terapia inicial devia ser particularizada, conforme descritas na imagem abaixo (BRASIL, 2013).

Quadro 3. Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais		
Condição clínica	Recomendação	Comentários
Hepatite B	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é TDF + 3TC	Essa dupla tem ação contra o HBV
Nefropatia	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é AZT + 3TC	Evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade
Tuberculose	EFV deve preferencialmente compor o esquema	Evitar uso de IP/r Iniciar TARV entre a 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento de TB
Gestação	O esquema preferencial deve ser AZT + 3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

Figura 1: TARV em situações especiais
Fonte: BRASIL, 2013, p. 81.

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos foi atualizado no ano de 2017, quando introduziu o Dolutegravir (DTG) junto ao esquema de terapia inicial. O medicamento veio para substituir o EFV devido a um estudo de custo-efetividade, que foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz e colaboradores norte-americanos (LUZ et al. 2015). Sendo assim, a terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídeo (ITRNt) associados a uma outra classe de antirretrovirais, ITRNN, (IP/r) ou Inibidor de Integrase (INI) (BRASIL, 2017).

No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – 3TC e TDF – associados ao INI e DTG. Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção tuberculose-HIV e gestantes (Figura 2). Situações especiais de intolerância ou contraindicação devem ter seus esquemas iniciais adequados para esquemas iniciais alternativos, conforme Figura 3 (BRASIL, 2017).

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento ^(a)	TDF ^(b) /3TC + DTG ^(c)	(300mg/300mg) "2 x 1" + 50mg 1x/dia	
Coinfeção TB-HIV(d) sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF ^(b) /3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG.
Coinfeção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo(d): LT-CD4+ <100 céls/mm ³ Presença de outra infecção oportunista Necessidade de internação hospitalar/doença grave Tuberculose disseminada	TDF ^(b) /3TC + RAL	(300mg/300mg) "2 x 1" 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

Fonte: DIAHV/SVS/MS

^(a) Para informações atualizadas e mais detalhes sobre TARV em gestantes, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais", disponível em: <http://www.aids.gov.br/podt>.

^(b) TDF é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFG <60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, ajuste de dose deve ser feita quando TFG <50 mL/min.

^(c) O DTG não é recomendado em PVHIV em uso de fenitoína, fenobarbital, oxcarbamazepina e carbamazepina. Pacientes devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG.

- Anticídios contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG.
- Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
- O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário.

^(d) Realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV, de forma a ajustar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade de mudança deste (não postergar início da TARV pela indisponibilidade imediata do resultado do exame).

Figura 2: Esquema de TARV inicial preferencial para adultos

Fonte: BRASIL, 2017, P.94

Intolerância ou contraindicação ao DTG	Substituir o DTG ^(a) por EFV
Contraindicação ao TDF ^(b)	Se teste HLA-B*5701 negativo, substituir TDF por ABC ^(c)
	Se teste HLA-B*5701 positivo ou intolerância ao ABC, substituir o TDF por AZT
Intolerância ao EFV na coinfeção TB-HIV	Substituir o EFV por RAL

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Realizar exame de genotipagem pré-substituição pelo EFV, de forma a ajustar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade (não postergar a troca pela indisponibilidade imediata do resultado do exame).

^(b) Em pacientes com infecção crônica ativa pelo HBV, deve-se substituir o TDF por outro fármaco ativo contra o HBV.

^(c) O ABC deve ser usado com precaução em pessoas com RCV alto (escore de Framingham > 20%). A associação ABC + 3TC + EFV também deve ser usada com precaução quando CV > 100.000 cópias/mL.

Figura 3: Recomendações de TARV inicial alternativa para adultos

Fonte: BRASIL, 2017, P.94

O esquema preferencial para gestantes em início de tratamento deve ser:**TDF* + 3TC* + RAL**

* Na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível.

Figura 4: Esquema inicial preferencial para gestantes

Fonte: BRASIL, 2018, P.97

Para algumas condições clínicas, tais como infecção pelo HIV, a adesão à terapia medicamentosa é de enorme importância, visando à supressão total da replicação viral. Entretanto, há certa dificuldade em atingir bons níveis de adesão pela complexidade envolvida no tratamento, a longa duração e os diversos efeitos colaterais (REMOR, 2013).

Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005), realizaram um estudo em uma cidade do interior de São Paulo, no qual o objetivo era identificar determinantes facilitadores e dificultadores da adesão ao TARV e avaliar as informações obtidas pelas PVHA. Os resultados apontaram as principais dificuldades no uso do TARV: sabor, tamanho, quantidade, odor dos comprimidos (40%); efeitos colaterais intensos (14,4%), sendo que os mais relatados pelos entrevistados foram os associados ao sistema gastrointestinal (62,5%) e ao sistema nervoso central (26,3%); além de fatores psicológicos (13,7%) e diferentes horários de medicação (10,8%). Quanto às facilidades, destacam-se horários coincidentes dos comprimidos (26,2%), nenhuma facilidade (16,4%) e ingestão condicionada a algum hábito (16%). Tiveram como conclusão que a enfermagem deve incrementar ações de vigilância supervisionada e educacionais interventivas para melhorar a adesão ao tratamento.

Em um estudo realizado por Dibonaventura et al. (2012), em vinte cidades diferentes dos Estados Unidos da América (EUA), os autores avaliaram a associação dos efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais com o estado de saúde auto-avaliada, a produtividade do trabalho, o comprometimento das atividades e a utilização de recursos de saúde. Assim, um total de 953 PVHA que estavam realizando algum TARV para a sua condição foram incluídos nas análises. Os efeitos colaterais mais frequentes relatados pelos pacientes foram fadiga (70,72%), diarreia (62,96%), insônia (58,97%), tonturas (52,78%),

neuropatia (52,68%), dor nas articulações (52,36%), náusea (51,63%) e dor abdominal (50,37%). A presença de cada efeito colateral foi associada com uma autoavaliação do estado de saúde reduzida, aumento da perda de produtividade, maior comprometimento da atividade e aumento da utilização de recursos de saúde. Tiveram como resultado que estes efeitos colaterais demonstraram uma associação profunda com a saúde autoavaliada, a produtividade do trabalho e da utilização de recursos de saúde.

Estes dados configuram o principal desafio na política de enfrentamento do HIV/aids. Pois, mesmo com todos esses avanços, a adesão ao tratamento ainda é um fator bastante limitante no manejo desses pacientes. Além da falta de esclarecimento que alguns extratos sociais vivenciam no nível promocional, no preventivo e no tratamento (DO LAGO; DO ROSÁRIO COSTA, 2010; RESENDE et al., 2013).

Paralelo as barreiras citadas no TARV, as PVHA apresentam diversos sintomas persistentes que são desenvolvidos no decorrer da doença, sendo o seu surgimento associado às alterações do sistema imunitário, que gera as infecções e as malignidades, sendo considerada, portanto, uma das sequelas mais comuns geradas da imunossupressão. Outro sintoma persistente que torna-se permanente em quase todas essas alterações é a dor. A dor acaba tornando-se uma barreira para a PVHA, visto que o seu predomínio varia dependendo do estágio da doença, dos cuidados e da metodologia de tratamento (JOHNSON et al, 2012).

1.2 Dor, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em PVHA

Quando realizamos a associação da convivência da dor a uma doença de grande impacto como o HIV/aids, que ao longo do tempo assumiu um caráter crônico, porém nunca deixou de carregar consigo o estigma social e preconceituoso, acabamos nos deparando com um indivíduo que muitas vezes não sabe como lidar com tal situação, que é complexa e multifatorial.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. A dor é sempre subjetiva" (MERSKEY, 1979). Nesta definição observa-se que a dor é multidimensional, ou seja, além dos processos sensoriais envolvidos, há aspectos psíquicos.

Existem dois tipos de dor, segundo a sua origem, sendo elas a dor neuropática e a dor nociceptiva. A dor nociceptiva ocorre por ativação fisiológica de receptores ou da via dolorosa e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares (BENNETT et al., 2006). Já a dor neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, sendo melhor compreendida como resultado da ativação anormal da via nociceptiva (fibras de pequeno calibre e trato espinotalâmico) (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

Podemos ainda classificar a dor quanto à sua duração. Neste caso, considera-se a dor aguda e a dor crônica. A dor aguda é uma dor que geralmente tem duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada. Espera-se que desapareça após intervenção na causa, não costumando ser recorrente. Já a dor crônica tem duração prolongada, sendo geralmente resultante de inflamação tecidual crônica, perda tecidual e/ou lesão neuropática, que levam a alterações persistentes no sistema nervoso periférico/central e à manutenção dos mecanismos de dor (MINSON et al., 2011). Para fins de pesquisa, a IASP preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses) (MERSKEY, 1994).

Um estudo realizado no Brasil, no estado do Rio Grande do Norte, correlacionou o nível de dor e a Qualidade de Vida (QV) de 261 PVHA. 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, estado de saúde, percepção da saúde, quanto a se sentir doente ou não, e o estágio da infecção. A dor foi caracterizada em lancinante, perfurante e em queimação, sendo encontrada relação significativa entre essas variáveis. Os autores concluíram que a dor foi um sintoma prevalente entre as

peças que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (SILVA et al., 2017).

Um estudo realizado em Soweto na África do Sul avaliou os sintomas mais prevalentes e a localização da dor em 103 adultos que viviam com aids em estágio avançado, sendo que 37,4% eram homens e 62,6% eram mulheres. Dos dez sintomas mais comuns nesta amostra, a dor foi identificada como o sintoma mais prevalente (98%) e 34,4% mencionaram a dor como o pior sintoma de todos. Os locais de dor de maior prevalência foram os membros inferiores (66%) seguido da boca (50,5%), cabeça (42,3%), orofaringe (39,8%) e tórax (17,5%). Tiveram como conclusão em tal estudo que pacientes com aids avançada na África do Sul sofrem significativamente de dor e muitos sintomas angustiantes. São necessárias mudanças para aumentar o conhecimento e a educação na gestão paliativa da aids. (NORVAL, 2004).

A falta de informação sobre o impacto da dor nas PVHA pode prejudicar seu manejo. Em 1994, a IASP formou uma força tarefa sobre dor e aids em reconhecimento da necessidade de divulgar informações sobre tal assunto, com foco em abordar a falta de manejo da mesma nas PVHA. Em um artigo de revisão escrito para a IASP, Breitbart e Passik (1996) enfatizaram a prevalência de dor nas PVHA e seu subtratamento. Desde então, vários outros estudos, relatando a prevalência de dor nas PVHA, foram publicados e foi evidenciado que a dor é um problema significativo para PVHA e continua sendo subtratada. No entanto, esses estudos foram realizados em populações restritas em termos de etnia e estágio de doença, limitando a generalização da informação (PARKER; STEIN; JELSMA, 2014).

Uma pesquisa realizada por Ebirim e Otokwala (2013) na Nigéria com o objetivo de estimar a prevalência de dor, determinar o tipo, localização e adequação do tratamento em 157 pacientes ambulatoriais com HIV/aids em vários estágios de infecção, encontraram um total de 83,7% de pessoas queixando-se de dores. Os quatro locais mais frequentes de dor foram: dor no peito (38,0%), dor de cabeça (25,6%), abdome inferior (16,3%), e do abdômen superior (12,4%). De acordo com a aplicação do instrumento de McGill, 61,2% dos pacientes tiveram dor nociceptiva enquanto que 38,8% teve dor neuropática.

Foi evidenciado neste estudo que há muitos desafios para controlar a dor relacionada à aids, incluindo polifarmácia, sensibilidade aumentada aos efeitos colaterais de drogas, comorbilidade psicológica, interações medicamentosas e questões relacionadas com o complexo de demência da aids. Sendo assim, os cuidados paliativos e tratamentos de dor têm sido muitas vezes negligenciados nas respostas nacionais e internacionais para o HIV/aids, apesar da prevalência significativa de dor e outros sintomas em PVHA.

Escoffier et al. (2010), abordam que para os cuidadores de PVHA, chegar a dizer a diferença entre neuropatias cuja origem é devido a infecção pelo HIV ou pelo TARV é difícil. E é ainda mais difícil de compreender a diferença entre a normalidade de efeitos colaterais dos antirretrovirais e toxicidade destes, e além de seu possível impacto sobre a adesão ao tratamento.

Wilson et al. (2016) investigaram a prevalência e o ônus dos sintomas em PVHA que frequentavam uma clínica ambulatorial em Alabama nos EUA. Os sintomas mais prevalentes foram dores musculares e nas articulações, fadiga e sono insatisfeito. Mesmo com o melhoramento dos efeitos colaterais do TARV, a prevalência e número de sintomas, independentemente da carga viral do HIV e da contagem de células linfócitos T CD4+, são altas. Sandoval et al. (2014) realizaram um estudo no Texas nos EUA, onde evidenciaram que as PVHA relatam, também, a prevalência de dor, sendo ela de moderada a grave, distúrbios significativos do sono e distâncias limitadas de deambulação.

Johnson et al. (2012), realizaram um estudo retrospectivo que analisou prontuários de 81 pacientes com HIV, em Nova Iorque nos EUA, que foram encaminhados para um programa de manejo da dor, para identificar os potenciais benefícios da integração de uma equipe de gestão de dor no cuidado de PVHA e etiologias da dor. Como resultado, foi observado uma diminuição na utilização do pronto atendimento nos 12 meses desde a iniciação do grupo de manejo da dor, houve um aumento na utilização de cuidados de saúde primários e o uso de medicamentos adjuvantes aumentaram após o início do grupo. Esse mesmo estudo concluiu que consultas médicas com o foco na dor destacam um potencial de melhoria da qualidade de cuidados associados com a integração de uma equipe de gestão de dor na atenção primária de PVHA.

O melhoramento do acesso para o manejo da dor foi reconhecido pela OMS quando incluiu tanto a morfina e a codeína em sua lista de medicamentos essenciais e pelas Nações Unidas que considerou o uso de narcóticos médicos para o alívio da dor e sofrimento. No entanto, estimativas revelam que cerca de 80% da população mundial tem acesso inadequado ao manejo da dor moderada a grave e que milhões de PVHA sofrem de dor severa não tratada (ROBBINS; CHAIKLANG; SUPPARATPINYO, 2013).

Em pacientes com aids, o subdiagnóstico e o subtratamento da dor são alarmantes e poucos estudos analisam esse tema, bem como os registros de sua ocorrência (OLIVEIRA et al., 2012). Estes dados se tornam preocupantes quando se observa que a dor diminui drasticamente o nível da QV desses indivíduos interferindo na capacidade de desempenhar suas atividades diárias e laborais, afetando seu estado de humor e suas relações sociais (NAMISANGO et al., 2012).

De uma forma genérica, o WHOQOL Group (1995) denomina QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa é uma definição multidimensional que envolve diferentes domínios (psicológico, físico, social e ambiental), em que a avaliação pode proporcionar a verificação das dimensões onde os tratamentos serão eficazes, podendo direcionar ações terapêuticas mais adequadas e, provavelmente, diminuir os custos de saúde (JESUS; OLIVEIRA, 2014). A ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional. Baseado nessas questões e na multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), bem como uma proliferação de instrumentos para mensurá-la (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Um estudo realizado por Soares et al. (2015) em Vitória no estado do Espírito Santo, com o objetivo de verificar os fatores que influenciam na QV das PVHA assistidas no serviço especializado, evidenciou que muitos são os fatores

que influenciam na QV de PVHA, sendo que condições socioeconômicas e de saúde inadequadas influenciam negativamente. Assim, há uma necessidade de implementar políticas públicas de inclusão social que favoreçam melhores condições de vida, maior acesso aos serviços de saúde e ao mercado de trabalho formal, que propiciem o alcance da cidadania e melhor QV para as PVHA.

A compreensão da QV das PVHA é fundamental, considerando a evolução crônica da infecção, a possibilidade de tratamento, maior sobrevivência e convívio com uma doença estigmatizante, transmissível e incurável até o momento, com inúmeras consequências biopsicossociais que repercutem na QV (SOARES et al., 2015). Assim, avaliar a QV e outras variáveis psicossociais em PVHA se faz importante, uma vez que os desfechos clínicos e laboratoriais (linfócitos T CD4+, carga viral e doenças oportunistas) são considerados insuficientes para detectar a complexidade dos efeitos dos tratamentos realizados em PVHA (STARACE et al, 2002).

Um estudo realizado por Logie et al. (2016) em Ontário, no Canadá, teve o objetivo de examinar os efeitos concomitantes do estigma relacionado com o HIV, a discriminação racial, a depressão, o apoio social e a QV de mulheres Africanas e do Caribe que viviam em Ontário. Observou-se que a melhor QV foi associada a um maior apoio social e a escores de depressão mais baixos. A discriminação racial foi associada com aumento do estigma relacionado com o HIV e o estigma do HIV foi relacionado com a discriminação racial, resultando em uma QV comprometida. Com os resultados desse estudo, foi sugerida a necessidade de intervenções de níveis variados para reduzir o estigma do HIV, a discriminação, a depressão e para construir apoio social para melhorar a QV destas pessoas.

Outras variáveis relacionadas à condição de saúde e à dor podem diminuir o estado de saúde geral e a QVRS em PVHA. Sendo uma delas a depressão, que é, particularmente, elevada nessas pessoas (UEBELACKER et al, 2016).

De acordo com Del Porto (1999) a depressão designa um estado afetivo normal (tristeza); um sintoma; uma síndrome ou uma doença. A depressão enquanto tristeza é uma resposta às situações de perda, derrota, decepções, e

também uma resposta adaptativa, pois através do retraimento a pessoa poupa energia e recursos para o futuro e também por ser um sinal de alerta para os outros de que a pessoa precisa de ajuda e companhia. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir em vários quadros clínicos como no transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, etc. Pode ocorrer também como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão inclui alterações do humor como tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia, e também vários outros aspectos como alterações do sono, do apetite, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Por fim, enquanto doença a depressão se classifica de várias formas a depender do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista; pode ser classificada como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II e depressão como parte da ciclotomia.

Os Sintomas Depressivos (SD) são caracterizado por humor persistentemente deprimido e/ou perda de interesse e incentivo, o que resulta em dificuldade clinicamente significativa e comprometimento social/ocupacional. As pessoas que sofrem com SD também experimentam ansiedade, atenção prejudicada, fadiga, capacidade reduzida de prazer, pensamentos auto-depreciativos e distúrbios do sono e do apetite. Quando um SM surge como desordem primária e idiopática, não relacionada a antecedentes médicos ou psiquiátricos claros, ele está relacionado a um "Transtorno Depressivo Maior", do contrário pode estar relacionado a um "Transtorno Bipolar I ou II". (DREVETS; FUREY, 2009).

Para o diagnóstico de SD, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV), basta que a pessoa apresente "humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, durante um período de duas semanas", mais quatro sintomas de uma lista de nove (ou mais três sintomas, se os dois primeiros estiverem presentes) (DEL PORTO, 1999).

As PVHA relatam que a infecção pelo HIV afeta todos os aspectos da vida. Entre eles a saúde e a situação pessoal. Esses aspectos foram, independentemente, associados com o risco de depressão (SLOT et al., 2015).

A depressão é a alteração mais prevalente entre as psicológicas ou psiquiátricas desencadeadas após a descoberta do diagnóstico da infecção pelo HIV (RACHID; SCHECHTER, 2008).

A infecção pelo HIV pode constituir-se como um fator etiológico para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas ou para a exacerbação de condições pré-existentes, nomeadamente do foro depressivo (BAILLARGEON et al., 2003; ATKINSON et al., 2007). Esta hipótese é demonstrada através de um estudo que teve como resultado o início de depressão mais precoce em PVHA do que em indivíduos não infectados, tornando mais provável que esse distúrbio seja secundário à infecção (AKENA, MUSISI e KINYANDA, 2010). Vários são os mecanismos que explicam a maior susceptibilidade dos doentes HIV positivos à depressão, sendo estes de natureza: fisiológica (doença sistêmica, infecções oportunistas, tumores do sistema nervoso central, efeitos diretos do vírus no cérebro); farmacológica (efeitos colaterais do TARV); e sociocomportamental (estigma e discriminação social, medo da morte) (BAILLARGEON et al., 2003; BAILLARGEON et al., 2008).

Slot et al. (2015) realizaram um estudo na Dinamarca, onde identificaram fatores associados ao risco de depressão em PVHA, sendo que tiveram como resultado que as correlações entre depressão e percepção de doença observadas parecem coerentes, tendo em vista que a percepção de piores consequências associadas ao HIV/aids, preocupações exacerbadas com a enfermidade e efeitos relevantes no estado emocional estiveram associados a um maior número de SD.

Um estudo realizado no Brasil por Nogueira e Seidl (2016), em que o objetivo foi investigar a associação entre percepção de doença, ansiedade, depressão e autoeficácia em PVHA, foi evidenciada estatisticamente a correlação positiva significativa entre percepção de doença, ansiedade e depressão. Também foi identificada estatisticamente a correlação negativa significativa entre percepção de doença e autoeficácia, sugerindo que quanto menor a autoeficácia percebida para aderir aos medicamentos antirretrovirais, maior a percepção de ameaça imposta pela doença. Esse estudo reforçou que

a percepção de doença é uma variável importante a ser considerada na prática e na pesquisa em doenças crônicas, incluindo o HIV/aids.

Mwesiga (2015), em um estudo realizado na Uganda, teve como objetivo determinar a prevalência, fatores associados e efeito na QV entre os pacientes HIV positivos que possuíam dor e depressão. Como resultado, a prevalência de dor e depressão em PVHA foi de cerca de 5%. PVHA com depressão e dor eram mais propensos a perceber a sua QV ruim, eles também foram mais propensos a ter episódios mais graves de depressão e recorrentes. Concluíram que isto exige a integração e formação dos serviços de saúde nos cuidados da PVHA e os esforços futuros para as decisões políticas e profissionais de saúde para resolver esta lacuna de tratamento das PVHA.

A depressão é uma condição séria e comum entre PVHA. Em termos de QVRS, o paciente deprimido em comparação com outros paciente tem pior função física e social, além de uma percepção pior de sua condição de saúde (MAJ, 1996; LESSERMAN et al., 2002).

Diante do exposto, o presente estudo busca compreender qual a prevalência de dor e sua relação com SD e QVRS em PVHA em um serviço especializado de um município do interior do estado de São Paulo.

2 JUSTIFICATIVA

A PVHA não possui apenas um diagnóstico de uma doença que se torna crônica, mas também possui outros fatores que a acompanham. Dentre eles, encontram-se as doenças oportunistas, os efeitos colaterais dos TARV, impacto psicológico, familiar e social. Por meio destes fatores, são geradas mudanças no estilo de vida desses indivíduos, tais como instabilidade do quadro de saúde geral e emocional, a vivência de desconfortos sucessivos, a dor gerada por cada fator ou pela junção de todos, o risco da impossibilidade de continuar a desenvolver suas tarefas diárias e obter uma satisfatória QVRS.

Este estudo justifica-se pela necessidade de explorar um maior conhecimento sobre a prevalência de dor nas PVHA e a sua relação com SD e QVRS, também, por contemplar pressupostos evidenciados na Agência de Prioridades de Pesquisa em Saúde, a qual apresenta a necessidade de pesquisas sobre saúde e QV, com ênfase em estudos sobre a ocorrência, condicionantes e respostas sociais necessárias ao enfrentamento das incapacidades, sobrevida e funcionalidade (BRASIL, 2015). Assim, analisar as variáveis apresentadas neste estudo poderá oferecer subsídios para melhoria da assistência do profissional de saúde e, logo, ações poderão ser implementadas no plano de cuidados de maneira a possibilitar melhora no manejo da dor e fatores relacionados a vida da PVHA.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a prevalência de dor em PVHA de um serviço de atendimento especializado e sua relação com as características sociodemográficas, clínicas, SD e QVRS.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas de PVHA relacionadas à dor;
- Identificar a prevalência de dor em PVHA e suas características;
- Identificar SD e QVRS nas PVHA relacionadas à dor;
- Realizar comparações entre as características sociodemográficas, clínicas, SD e QVRS das PVHA com e sem dor.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, observacional, de corte transversal e de caráter quantitativo para verificar a prevalência de dor em PVHA e sua relação com características sociodemográficas, clínicas, SD e QVRS.

4.2 Local da pesquisa

O local utilizado para estudo foi um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), serviço de atenção secundária em saúde, de um município do interior do estado de São Paulo localizado no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas que atende seis municípios. Neste serviço são atendidos pacientes dos programas de saúde de Hanseníase, Hepatites Virais, Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e HIV/aids. No mês de outubro de 2016, havia, no total, 2322 indivíduos com HIV/aids cadastrados no registro de pacientes do SAE. Essa cadastro é controlado pela equipe de enfermagem do serviço, que acompanham, de forma rigorosa, pacientes ativos e inativos.

4.3 População e amostra

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram ser adulto, com idade entre 18 e 59 anos, que possuíam HIV ou HIV/aids, de ambos os sexos, atendidos no local da pesquisa e que realizavam o TARV (há pelo menos seis meses) ou não realizavam.

O tempo de seis meses de realização do 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 (SILVA et al., 2015).

4.3.2 Critérios de exclusão

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

4.3.3 Amostragem

Para definição do número amostral considerando os objetivos do presente estudo, partiu-se do número de indivíduos com HIV/aids cadastrados no registro de pacientes do SAE que estavam dentro da faixa etária a ser pesquisada, ou seja, entre 18 e 59 anos. Assim, havia 1431 indivíduos cadastrados no ano de 2016, dessa forma, o cálculo amostral foi feito a partir de tal número. Foi utilizada a fórmula do tamanho amostral para populações finitas com os parâmetros destacados abaixo:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

N = Tamanho da População, no caso deste estudo são os 1431 indivíduos

Z = Nível de confiança optado por 95%, que é igual a 1,96.

p = Proporção com a qual o fenômeno se verifica. Foi utilizado um valor de p = 0,50, que maximiza o tamanho amostral.

q = (1-p) é a proporção da não ocorrência do fenômeno. No caso, q = 0,50

e = erro amostral expresso na unidade variável. Neste estudo será utilizado um erro máximo de 0,05.

Pela Tabela 11 do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de Brasil (2015) obteve-se a distribuição de casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo sexo e faixa etária entre 1980 e 2015. Pela soma dos casos notificados pelo ano de diagnóstico (coluna total) temos a possibilidade de estimar a distribuição de casos segundo a faixa-etária de ambos os sexos. A

Figura 4 mostra que existe diferença entre as faixas-etárias com relação à ocorrência da doença, destacando-se as faixas-etárias de 25 a 39 anos. Nota-se que a distribuição de ocorrência nos homens é muito semelhante à das mulheres.

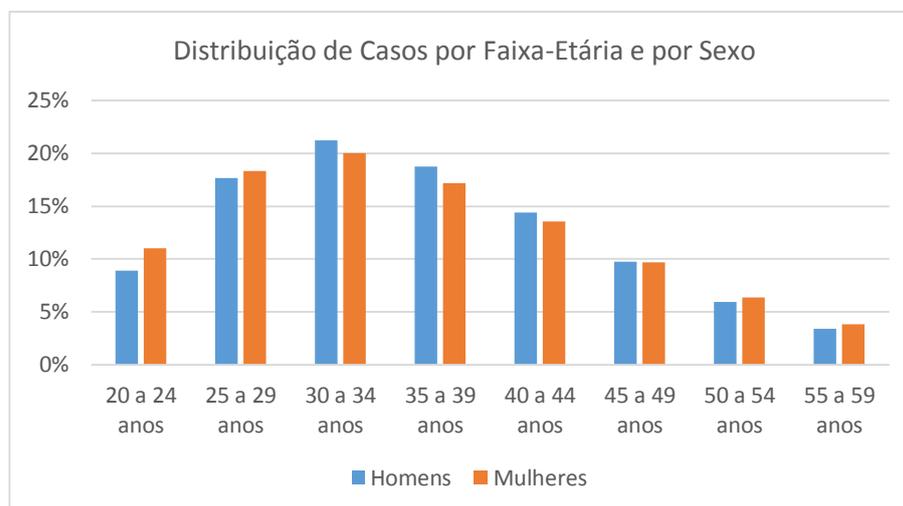


Figura 5: Distribuição de casos por faixa etária e por sexo.
Fonte: Tabela 11 do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2015).

A Figura 4 mostra o percentual de mulheres e homens HIV/aids positivos em diversas faixas-etárias. Percebe-se que o percentual de mulheres com a infecção não difere muito entre as faixas-etárias, variando de 32% a 39%. A média foi de 34,1%, ou seja, cerca de 66% dos casos de HIV/aids ocorrem em pessoas do sexo masculino. Dentro do programa de HIV/aids, este percentual foi de 64%.

Tabela 1 - Percentual de pessoas com HIV/aids segundo sexo e faixa etária, de acordo com o Boletim Epidemiológico (2015).

Faixa etária	Homens	Mulheres	% de Mulheres	% de Homens
20 a 24 anos	42.989	27.504	39%	61%
25 a 29 anos	85.370	45.874	35%	65%
30 a 34 anos	102.521	50.091	33%	67%
35 a 39 anos	90.466	43.016	32%	68%
40 a 44 anos	69.394	33.913	33%	67%
45 a 49 anos	46.953	24.231	34%	66%
50 a 54 anos	28.678	15.877	36%	64%
55 a 59 anos	16.300	9.497	37%	63%
Geral	482.671	250.003	34,1%	65,9%

Fonte: Tabela 11 do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2015).

Desta forma, independente da faixa-etária, considerou-se no desenho amostral a representatividade das mulheres, que foi de 34%. Os estratos de faixa-etária seguiram o perfil da distribuição apresentada na Figura 4.

Assim, a Tabela 2 apresenta a quantidade de pessoas segundo o sexo e a faixa etária que devem ser amostradas para o presente estudo.

Tabela 2 – Número amostral calculado de pessoas para atingir os objetivos do presente estudo segundo faixa etária e sexo. São Carlos, 2017.

Faixa etária	Ocorrências	% de distribuição	Amostra por Faixa-Etária	Masculino	Feminino
20 a 24 anos	70.493	9,6%	29	19	10
25 a 29 anos	131.244	17,9%	54	35	19
30 a 34 anos	152.612	20,8%	63	41	22
35 a 39 anos	133.482	18,2%	55	36	19
40 a 44 anos	103.307	14,1%	43	28	15
45 a 49 anos	71.184	9,7%	30	19	10
50 a 54 anos	44.555	6,1%	18	12	6
55 a 59 anos	25.797	3,5%	11	7	4
Geral	732.674	100,0%	302	197	105

Sendo assim, chegou-se a um total de 302 PVHA para considerar a amostra significativa.

4.4 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, sendo a mesma aprovada sob o CAAE nº 62745716.1.0000.5504 (Anexo 1). Foi submetido, também, o termo de solicitação de autorização para o desenvolvimento de pesquisa no local de coleta de dados, no caso o SAE (Anexo 2). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Procedimentos de coleta de dados

O convite para participação da pesquisa foi realizado no próprio local do SAE. Os pacientes eram abordados e convidados para participarem da pesquisa na sala de espera nos dias em que tinham consultas marcadas. Caso o paciente aceitasse participar da pesquisa, era dada a possibilidade de ele 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. A pesquisa contou com a ajuda de duas auxiliares de pesquisa, uma aluna do doutorado e uma da iniciação científica, que foram devidamente treinadas e apresentadas ao SAE para realização do auxílio na coleta dos dados.

Os pacientes que obtinham alta pontuação no PHQ-9, era avisado a equipe de enfermagem e médica para possíveis intervenções.

4.5.2 Instrumentos de coleta de dados

4.5.2.1 Questionário para avaliação dos dados sociodemográficos

Um instrumento foi construído para identificar as variáveis sociodemográficas das PVHA (Apêndice 2). Foram identificadas as variáveis:

iniciais do paciente, idade, sexo, cor/raça, estado civil, renda familiar, escolaridade e ocupação.

4.5.2.2 Questionário para avaliação dos dados clínicos

Um instrumento para avaliação de dados clínicos foi construído (Apêndice 3), sendo que as variáveis estudadas foram contagem de linfócitos T CD4+; estágio clínico da infecção, segundo o referencial Brasil (2013) que aponta infecção aguda (primeiros sintomas), assintomático, sintomático inicial e aids; tipo de terapia antirretroviral, segundo o referencial Brasil (2013) que aponta a primeira linha de tratamento, a segunda linha de tratamento e a TARV em situações especiais; data de início do tratamento antirretroviral. Esses dados eram coletados através do prontuário médico.

4.5.2.3 Brief Pain Inventory (BPI)

O BPI (Anexo 1) é um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo. Ele foi recomendado para ser incluído em todos os estudo que avaliam a dor (TURK, 2003). O BPI foi desenvolvido pela primeira vez em Inglês (CLEELAND; RYAN, 1994) e foi traduzido para diversos outros idiomas. No Brasil, foi traduzido, validado e adaptado culturalmente por Ferreira et al. (2011). Diversos estudos internacionais utilizam o BPI para analisar a dor em PVHA, porém no Brasil nenhum estudo havia sido realizado (BREITBART et al., 1996; MERLIN et al., 2014; PARKER; JELSMA; STEIN, 2016; TSUI et al., 2017; MERLIN et al., 2018).

O BPI mensura a intensidade e a interferência da dor na vida diária, sendo dividido em 7 dimensões (atividades gerais, humor, capacidade de movimentação, de trabalho normal, relações com os outros, sono, e gozo da vida). É utilizado uma escala de 11 pontos, variando de 0 (nenhuma dor/nenhuma interferência) a 10 (a pior dor possível) para cada item avaliado. Além disso, ele também inclui um diagrama corporal para avaliar a localização da dor e uma avaliação da porcentagem de alívio da dor, pedindo aos pacientes para descreverem quais os tratamentos estão sendo utilizados para o controle da dor. As pontuações para as duas dimensões variam de 0 a 10 e são

calculados a partir da média dos itens no total. Uma pontuação elevada representa uma alta intensidade de dor ou interferência da dor na vida do indivíduo (FERREIRA et al., 2011).

Ferreira et al. (2011) refere que este instrumento pode ajudar os pesquisadores avaliarem a dor clínica, selecionar intervenções e a sua eficácia. Utilizou-se a pontuação segundo tal autor, para caracterizar os níveis de intensidade da dor, sendo de 1 à 4 dor leve, 5 à 7 dor moderada e 8 à 10 dor severa.

4.5.2.4 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

O PHQ-9 (Anexo 2) é um instrumento válido para ser usado no rastreamento de SD em estudos epidemiológicos. Como instrumento de rastreamento, o PHQ-9 apenas aponta os indivíduos em maior risco de desenvolverem depressão. O diagnóstico definitivo da doença somente poderá ser firmado através da consulta com profissionais de saúde mental (SANTOS et al., 2013). O instrumento possui sua versão original em inglês, foi criado por Kroenke et al. (2001) e teve suas propriedades de rastreamento validadas no Brasil para população geral por Santos et al (2013). O PHQ-9 é muito utilizado em estudos internacionais para rastreamento de SD em PVHA, porém no Brasil nunca havia sido utilizado para esse fim (MAO et al., 2008; MONAHAN et al., 2009; CRANE et al., 2010; RAO et al., 2012; EDWARDS et al., 2014).

O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o SD, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhum dia", "menos de uma semana", "uma semana ou mais" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias,

como trabalhar, estudar, etc. Neste estudo, foi adotado o ponto de corte de ≥ 9 para a presença de SD, conforme recomendado pelo autor (SANTOS et al., 2013).

4.5.2.5 HIV/Aids Targeted Quality of Life (HAT-QoL)

O HAT-QoL (Anexo 3), desenvolvido por Holmes & Shea (1998) é um instrumento construído especificamente para indivíduos infectados pelo HIV. Originalmente escrito em língua inglesa, mas foi traduzido e validado no Brasil por Soárez et al. (2009). O HAT-QOL em português brasileiro é um instrumento válido, confiável e que pode contribuir para avaliar o impacto do HIV/aids sobre a QVRS de pacientes brasileiros (SOÁREZ et al., 2009). O HAT-QoL já é, amplamente, utilizado em pesquisas nacionais e internacionais para mensurar QV em PVHA (OKUNO et al., 2014; GALVÃO et al., 2015; MEDEIROS et al., 2017; HARRISON et al., 2017; PANG, et al., 2017).

Os 34 itens do HAT-QoL avaliam nove domínios de 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). Para responder cada questão, o indivíduo é conduzido a pensar sobre a sua QVRS nas últimas 4 semanas. As respostas têm formato de escala do tipo Likert de cinco pontos: "todo o tempo", "a maior parte do tempo", "alguma parte do tempo", "pouca parte do tempo" e "nenhuma parte do tempo". 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 (SOÁREZ, et al., 2009).

4.6 Análise de dados

Inicialmente obtemos o banco de dados, que foi estruturado no Excel e analisado cada informação para inserção/retirada do estudo. Dessa forma, ele

foi validado e através dele garantiu-se a consistência dos dados coletados via análise descritiva (medidas de posição e variabilidade). Ainda nesta etapa foi definida a melhor forma de representar as informações, sobretudo quando foi necessário agrupar classes de categorias de uma variável. Após isso, foi realizada a análise bivariada, com o objetivo de verificar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a dor. Dependendo da natureza das variáveis foram utilizados testes estatísticos específicos.

Para variáveis categóricas, foram utilizados os teste qui-quadrado ou de Fisher, de acordo com a frequência nas classes das variáveis. Para variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que compara dois grupos independentes (com dor x sem dor). A análise dos instrumentos PHQ-9 e HAT-QoL seguiu a mesma lógica. O nível de significância adotado foi de 5%. Por fim, foi realizado o ajuste de modelos de regressão logística múltipla, com o objetivo de analisar a associação de todas estas variáveis conjuntamente com a dor. Para selecionar as variáveis significantes no modelo foi utilizado o método de seleção Stepwise, com alpha de entrada de 10% e alpha de permanência de 5%.

5 RESULTADOS

Os resultados encontrados apontam que das 302 PVHA estudadas, 179, ou seja, 59,27% relataram ter apresentado dor nas últimas 24 horas.

A presença de dor foi analisada segundo as variáveis sociodemográficas, sendo que os resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores de frequência (%) das variáveis sociodemográficas associadas à variável dor das PVHA. São Carlos, 2017.

Variáveis	Categorias	DOR				Total Geral	p-valor
		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	≤ 29 anos	38	45,78%	45	54,21%	83	0.5007‡
	≤ 39 anos	47	39,83%	71	60,16%	118	
	≤ 49 anos	29	40,27%	43	59,72%	72	
	≥ 50 anos	9	31,03%	20	68,96%	29	
Cor	Branco	55	45,83%	65	54,17%	120	0.2954‡
	Pardo	48	40,34%	71	59,66%	119	
Cor	Preto	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	
Renda	Vive com companheiro	11	26,83%	30	73,17%	41	0.1327‡
	Menos de um salário mínimo	22	40,74%	32	59,26%	54	
	Um salário mínimo†	39	33,63%	77	66,38%	116	
Renda	Dois salários mínimos	30	42,86%	40	57,14%	70	

	Mais de dois salários mínimos	32	51,61%	30	48,39%	62	
	Sem/Baixa escolaridade	17	35,42%	31	64,58%	48	
	Ensino fundamental completo	19	52,78%	17	47,22%	36	
	Ensino médio incompleto	11	16,92%	54	83,08%	65	
Escolaridade	Ensino médio completo	45	45,45%	54	54,55%	99	0.0001*§
	Ensino superior incompleto	16	55,17%	13	44,83%	29	
	Ensino superior completo/Pós	15	60,00%	10	40,00%	25	
	Afastado pelo INSS devido ao HIV	7	36,84%	12	63,16%	19	
Ocupação	Aposentado	2	22,22%	7	77,78%	9	0.5215§
	Desempregado	36	46,15%	42	53,85%	78	
	Empregado	78	39,80%	118	60,20%	196	

* Valores significativos ao nível de 5%

† 1 salário mínimo = R\$ 937,00

‡ Teste Qui-Quadrado

§ Teste de Fisher

Sobre a prevalência de dor em homens e mulheres, 70,48% das mulheres sentiram dor e 53,30% dos homens sentiram dor. Observa-se valores significativos ($p=0,0038$) nessa comparação, sendo o sexo feminino, o de maior prevalência do sintoma doloroso.

Com relação às outras variáveis, foi evidenciada uma maior prevalência de dor na faixa etária de 50 a 59 anos (68,96%), em pessoas da pele de cor preta (70,21%), em viúvos (75,00%), em pessoas que ganham até um salário mínimo (66,38%) e aposentados (77,78%), no entanto, os valores não foram significativos.

Na variável escolaridade foram observados valores significativos ($p=0,0001$), sendo que a maior prevalência de dor foi em pessoas com ensino médio

incompleto (83,08%), seguido por sem/baixa escolaridade (64,58%), indicando uma relação entre baixa escolaridade e presença de dor.

A presença de dor foi analisada também segundo os aspectos clínicos da doença (contagem de Linfócitos T CD4+, estágio clínico da doença e tipo de terapia com antirretroviral realizada), sendo que não foi evidenciada nenhuma associação significativa entre as variáveis clínicas e a presença de dor. No entanto, observou-se maior prevalência de dor em pessoas com linfócitos T CD4+ <200 células/mm³ (66,67%), seguido de 351-500 células/mm³ (65,00%), na fase de estágio clínico da aids (72,00%) e nas pessoas que não fazem uso de TARV (66,67%), seguido das que fazem o uso da 2ª linha de tratamento (63,54%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores de frequência (%) das variáveis clínicas associadas à variável dor em PVHA. São Carlos, 2017.

Variáveis	Categorias	Dor				Total Geral	p-valor
		Não		Sim			
		n	%	n	%		
Linfócitos TCD4+	<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 - assintomática	116	41,88%	161	58,12%	277	0.1762‡
	4ª Fase - aids	7	28,00%	18	72,00%	25	
	1ª Linha de tratamento	81	42,86%	108	57,14%	189	
TARV†	2ª Linha de tratamento	35	36,46%	61	63,54%	96	0.7461§
	Não faz uso	2	33,33%	4	66,67%	6	
	Situações especiais	5	45,45%	6	54,44%	11	

* Valores significativos ao nível de 5%

† Tratamento Antirretroviral: TARV

‡ Teste Qui-Quadrado
§ Teste de Fisher

A Tabela 5 apresenta resultados com relação ao tempo do TARV da população estudada.

Tabela 5 – Tendência central e variabilidade da variável tempo, em anos, do TARV realizado pelas PVHA com relação a variável dor. São Carlos, 2017.

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
	Não	5,12	4,47	0,53	19,27	
Dor	Sim	5,83	4,36	0,09	21,25	0.0448* ©
	Total Geral	5,54	4,42	0,09	21,25	

*Valores significativos ao nível de 5%

© Teste de Mann-Whitney

Os resultados foram significativos nessa análise ($p= 0,0448$), sendo assim, as pessoas que sentem dor realizam o TARV há mais tempo (5,83 anos ou ± 60 meses) em relação às pessoas que não sentem dor.

Com relação à dor, foram avaliadas além da sua prevalência nas últimas 24 horas, a sua intensidade e interferência na vida diária (Tabela 6).

Tabela 6 – Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade dos níveis de intensidade e de interferência da dor em diferentes aspectos da vida das PVHA. São Carlos, 2017.

Intensidade da Dor	n	%	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Leve	108	59,88%	3,26	1,05	1,00	4,75
Moderada	65	36,72%	6,11	0,86	5,00	7,75
Severa	6	03,38%	8,00	0,52	8,00	9,50
Interferência da Dor						
Atividade Geral	177		6,50	7,57	0,00	10,00
Atividade Diária	177		7,04	3,25	0,00	10,00
Humor	177		7,76	3,13	0,00	10,00
Habilidade de Caminhar	177		5,60	4,01	0,00	10,00
Trabalho	177		5,82	4,44	0,00	10,00
Relacionamento com outras pessoas	177		5,97	3,89	0,00	10,00
Sono	177		4,69	3,78	0,00	10,00
Apreciar a vida	177		5,21	3,45	0,00	10,00

Sobre a intensidade da dor, observa-se que dor leve teve maior prevalência (59,88%), seguida da moderada (36,72%) e por último, a severa (3,38%).

Quanto à interferência da dor nos diferentes aspectos da vida, observa-se valores altos de interferência de maneira geral, sendo que o humor é altamente afetado pela dor, seguido por atividade diária e atividade geral. A menor interferência é notada no aspecto sono.

Quanto à localização da dor, a Tabela 7 retrata as áreas de maior prevalência de dor nas PVHA.

Tabela 7 – Valores de frequência (%) da localização da dor nas áreas do corpo das PVHA. São Carlos, 2017.

Locais	n	Percentual
Cabeça	106	41,08%
Membros Inferiores	52	20,15%
Coluna	31	12,01%
Estômago	28	10,85%
Garganta	24	09,33%
Membros Superiores	17	06,58%
Total Geral	258	100,00%

A cabeça ficou em primeiro lugar (41,08%), seguida de membros inferiores (20,15%) e coluna (12,01%).

Com relação à realização de tratamento para o alívio da dor, a maioria das PVHA realizam algum tipo de tratamento (52,98%) e alcançam 57% de alívio.

No que se refere à variável SD e sua relação com a dor os dados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade de SD associados a variável dor em PVHA. São Carlos, 2017.

	n	PHQ-9 <9	PHQ-9 ≥9	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Dor	Não	123	87	36	7,25	6,81	0,00	27,00
	Sim	179	87	92	10,05	6,28	0,00	27,00
	Total Geral	302	174	128	8,91	6,63	0,00	27,00

É possível observar valores significativos ($p < 0,0001$) em tal associação. Dessa forma, as PVHA que possuem dor apresentam mais SD do que as que não possuem dor.

No que se refere à variável QVRS e sua relação com a dor, os dados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Valores de frequência (%), tendência central e variabilidade da QVRS segundo os domínios do instrumento HAT-QoL e a dor em PVHA. São Carlos, 2017.

Domínios			Desvio		Mínimo	Máximo	p-valor
			Média	Padrão			
Função geral	Dor	Não	82,59	22,98	4,16	100,00	<
		Sim	64,29	26,50	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	71,74	26,65	0,00	100,00	
Satisfação com a vida	Dor	Não	73,63	30,45	0,00	100,00	<
		Sim	56,32	31,95	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	63,37	32,43	0,00	100,00	
Preocupação com a saúde	Dor	Não	76,17	28,71	0,00	100,00	<
		Sim	60,76	29,88	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	67,03	30,33	0,00	100,00	
Preocupação financeira	Dor	Não	42,88	38,06	0,00	100,00	<
		Sim	22,05	32,68	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	30,54	36,38	0,00	100,00	
Preocupação com a medicação	Dor	Não	82,96	22,69	0,00	100,00	0,1109
		Sim	81,68	19,36	15,00	100,00	
		Total Geral	82,20	20,75	0,00	100,00	
Aceitação do HIV	Dor	Não	61,79	38,97	0,00	100,00	0,0021
		Sim	49,30	36,81	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	54,39	38,14	0,00	100,00	
Preocupação com o sigilo	Dor	Não	30,98	31,65	0,00	100,00	0,0021
		Sim	20,17	28,21	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	24,57	30,08	0,00	100,00	
Confiança no médico	Dor	Não	93,14	18,05	0,00	100,00	0,7068
		Sim	94,40	12,02	24,99	100,00	
		Total Geral	93,89	14,76	0,00	100,00	
Atividade sexual	Dor	Não	74,80	33,53	0,00	100,00	0,0009
		Sim	60,75	37,98	0,00	100,00	* ©
		Total Geral	66,47	36,83	0,00	100,00	

* Valores significativos ao nível de 5%.

© Teste de Mann-Whitney

Observa-se que nos domínios função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupação financeira, aceitação do HIV, preocupação com o sigilo e atividade sexual são evidenciados valores significativos na relação com a dor. Dessa forma, indicam que as pessoas que possuem dor apresentam pior QVRS nestes domínios.

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

Na Tabela 10, é apresentado o modelo de regressão logística múltipla envolvendo as variáveis dor, dados sociodemográficos, clínicos, QVRS e SD.

Tabela 10 – Regressão logística múltipla das variáveis dor, dados sociodemográficos, clínicos, QVRS e SD. São Carlos, 2017.

Variável	Categoria	OR*	OR (95% CI)		p-valor
Tempo de Tratamento		1,03	0,97	1,10	0,31
QVRS média†		0,96	0,94	0,98	<0,0001
Sexo	Feminino	1,72	0,98	3,05	0,06
Faixa-Etária	> 29 anos e ≤ 49 anos	1,07	0,58	1,96	0,50
	> 49 anos	1,70	0,60	4,84	0,30
Cor	Branco	0,70	0,42	1,18	0,19
Renda	Dois salários mínimos	0,98	0,51	1,89	0,77
	Mais de dois salários mínimos	1,16	0,55	2,42	0,66
Escolaridade	Ensino médio completo	0,71	0,38	1,32	0,94
	Ensino superior / pós-graduação	0,53	0,23	1,19	0,21
Linfócitos T CD4+	201-350 células/mm ³	1,18	0,30	4,60	0,98
	351-500 células/mm ³	1,41	0,40	4,94	0,56
	>500 células/mm ³	1,22	0,36	4,10	0,94
Estágio Clínico	4ª fase - aids	0,92	0,29	2,92	0,89
TARV‡	Não toma	2,23	0,28	17,84	0,39
	2ª linha de tratamento	1,13	0,63	2,02	0,95
	Situações especiais	0,59	0,14	2,43	0,29
SD§	Score ≥ 9	1,20	0,65	2,20	0,56

*OR (CI95%): odds ratio e 95% intervalo de confiança ajustado por todas as variáveis listadas

† Qualidade de Vida Relacionada à Saúde média: QVRS média

‡ Tratamento Antrirretroviral: TARV

§ Episódio Depressivo Maior: SD

Observa-se que muitas variáveis não foram estatisticamente significativas ao nível de 5%. Assim, para mantermos no modelo apenas as variáveis significativas, foi realizado o processo de seleção de variáveis via Stepwise (com alpha de permanência no modelo de 5%), que é apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 - Regressão logística múltipla das variáveis dor, dados sociodemográficos, clínicos, QVRS e SD, com seleção via Stepwise. São Carlos, 2017.

Variável	Categoria	OR*	OR (95% CI)		p-valor
QVRS média†		0,96	0,94	0,97	<0,0001
Sexo	Feminino	1,79	1,05	3,05	0,03

*OR (CI95%): odds ratio e 95% intervalo de confiança ajustado por todas as variáveis listadas

† Qualidade de Vida Relacionada à Saúde média: QVRS média

Observa-se na Tabela 11 que a QVRS média apresentou um p-valor < 0,0001 e OR = 0,96. Dessa forma, isto significa que o aumento em um ponto, na pontuação geral, do instrumento HAT-QoL diminui em 4% a chance da PVHA relatar dor.

Observa-se também, que outra variável foi dada como significativa, sendo ela o sexo ($p = 0,03$). A partir de tal valor significativo, conclui-se que as mulheres apresentam 79% (OR = 1,05 – 3,05) de chance superior aos homens de relatar dor.

Um outro modelo foi ajustado e foi desconsiderado a QVRS média, devido ao seu alto poder de evidência estatisticamente significativo em relação a dor. Sendo assim, nela ficaram significativas as variáveis sexo, escolaridade e SD (Tabela 12).

Tabela 12 – Regressão logística múltipla desconsiderando a variável QVRS média e com seleção via Stepwise. São Carlos, 2017.

Variável	Categoria	OR	OR (95% CI)		p-valor
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 (CI95%): odds ratio e 95% intervalo de confiança ajustado por todas as variáveis listadas

† Episódio Depressivo Maior: SD

Observa-se que a OR para sexo foi de 1,89 (OR = 1,12 – 3,20), significando que mulheres tendem a relatar dor 89% a mais do que os homens. Quanto à escolaridade das PVHA, ela encontra-se inversamente proporcional a dor. Sendo assim, PVHA com nível de escolaridade maior tendem a relatar

menos dor do que as com escolaridade inferior ao ensino médio completo. A OR é de 0,65, ou seja, pessoas com maior nível de formação escolar apresentam 35% menos chance de relatar dor. Com relação ao SD, quando a pontuação for ≥ 9 no instrumento PHQ-9, que significa presença de SD, possuem chance de relatar dor 2,11 vezes maior do que as outras PVHA.

Na Tabela 13, é apresentado a seleção de variáveis significativas para diferenciar a intensidade da dor (Dor Moderada/Dor Severa x Sem Dor/Dor leve). Realizamos tal análise para conseguirmos correlacionar as variáveis estudadas aos níveis de dor presentes na população estudada. Dessa forma, podemos visualizar possíveis dados significantes que podem diferenciar-se entre os níveis de dor e, por fim, caracterizar especificidades importantes na população estudada.

Tabela 13 - Regressão logística múltipla das variáveis significativas para diferenciação da intensidade da dor. São Carlos, 2017.

Variável	Categoria	OR*	OR (95% CI)		p-valor
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†	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 (CI95%): odds ratio e 95% intervalo de confiança ajustado por todas as variáveis listadas

†1 salário mínimo = R\$ 937,00

‡ Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

Ao analisar tal tabela, podemos observar que novamente o sexo está presente como valor significativo ($p=0,01$). A OR diz que as mulheres têm 2,07 vezes mais chances de relatarem dores moderadas ou severas do que os homens.

A faixa etária de PVHA de 49 a 59 anos apresentou OR de 3,85. Isto significa que pessoas nesta faixa etária apresentam queixas de dores que variam de moderada a severa, aproximadamente, 4 vezes mais do que as que possuem 18 a 29 anos.

Observa-se, também, 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 apresentam 2,48 vezes mais chances de possuírem dores moderadas e severas.

6 DISCUSSÃO

Com relação à prevalência de dor, foi possível observar que 59,27% das PVHA apresentaram dor nas últimas 24 horas. Ressalta-se que a comparação com outros estudos pode estar prejudicada, visto que a dor nem sempre é mensurada nas últimas 24 horas e esta informação pode alterar totalmente o resultado.

Entende-se que uma prevalência de dor de quase 60% nas PVHA é algo com que a equipe de saúde deve se preocupar, no entanto, é necessário realizar comparações entre estudos com a população no geral para afirmar se esta prevalência em PVHA é alta em relação à população.

Parker, Stein e Jelsma (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre prevalência de dor em PVHA e concluíram que esta variou de 54% a 83% nos estudos analisados. Namisango et al. (2012) avaliaram a prevalência de dor em PVHA na Uganda, onde tiveram como resultado 68% de relatos de dor no momento da entrevista.

Miaskowski et al. (2011) avaliaram PVHA indigentes, pessoas em situação de rua, em São Francisco (EUA) e evidenciaram que, em relação à última semana vivida, 60,4% possuíam dor. Da mesma forma, Aouizerat et al. (2010) estudaram PVHA em clínicas comunitárias de São Francisco (EUA) e teve como resultado que 55% dessa população apresentaram dor na última semana.

No entanto, outros resultados diferem do presente estudo com valores de prevalência de dor inferiores aos encontrados, mas ainda bastante preocupantes. Jiao et al. (2016) analisaram indivíduos de uma clínica de cuidados primários em Nova Iorque (EUA), por um ano, e tiveram como resultado 40% das PVHA com dor. Da mesma forma, Merlin et al. (2012), analisaram PVHA, que eram cadastradas em uma clínica de cuidados primários em Birminghame (Inglaterra), e dessas pessoas 34% relataram dor no dia da entrevista. Os mesmos autores (Merlin et al., 2013), na mesma cidade, realizaram outro estudo, porém a população estudada foram as PVHA que estudavam na Universidade do Alabama e encontraram 36,9% de dor nessa população no dia da entrevista.

Ainda diferindo do resultado do presente estudo, Robbins, Chaiklang e Supparatpinyo (2013), avaliaram PVHA em um ambulatório na Tailândia e 22% dos indivíduos relataram dor nas últimas 24 horas. Wahab e Salami (2011) realizaram um estudo com PVHA em uma clínica na Nigéria e tiveram como achados que 27,8% dos indivíduos apresentaram dor nas duas últimas semanas.

Sobre a prevalência de dor em homens e mulheres, este estudo encontrou maior presença de dor em mulheres (70.48%) do que em homens (53.30%). Segundo Greenspan et al. (2007), o sexo feminino tem uma maior prevalência de sintomas dolorosos, estando esse fato associado às características anatomofuncionais da mulher, bem como a modulação de alguns impulsos do sistema nervoso, problemas de ordem hormonal e psicológica. Além disso, as mulheres têm respostas diferentes aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para a dor. Dessa forma, não só a prevalência de dor em mulheres que vivem com HIV/aids difere dos homens, mas as características dessa dor também podem ser diferentes.

Corroborando com os nossos dados, diversos estudos que analisaram a dor em PVHA trazem a mulher com percentual de dor maior do que a do homem (BREITBART, 1996; HEWITT et al., 1997; SARLANI; GREENSPAN, 2002; NORVAL, 2004; QUITON; GREENSPAN, 2007; CIPRIANO, ALMEIDA E VALL, 2011; CALVETTI et al. 2012). Porém, Miaskowski et al. (2011), Aouizerat et al. (2010) e Hitchcock, Meyer e Gwyther (2011) evidenciaram o contrário, sendo o homem o mais prevalente em relação a dor do que a mulher. Jião et al. (2016) traz um resultado em que a prevalência de dor é igual em homens e mulheres.

Com relação à faixa etária, a presença de dor foi mais prevalente na faixa etária de 50 a 59 anos (68,97%) seguida pela faixa de 30 a 39 (60,68%), no entanto, os resultados não foram significativos. A literatura nos aponta dados contrários. Silva et al. (2017) evidenciaram maior prevalência de dor na faixa etária de 41 à 50 anos e Aouizerat et al. (2010), tiveram como resultado maior prevalência de dor em PVHA com idade média de 46 anos.

No que se refere à cor da pele e sua relação com a dor tivemos maior prevalência de dor em pessoas da pele preta (70.21%) seguido da classe outros (amarelos e pardos) (62.50%), embora os resultados não tenham sido

significativos. Três estudos com diversos grupos étnicos relataram maior prevalência de dor em PVHA negros (BREITBART et al., 1996; AOUIZERAT et al., 2010; BRADLEY et al., 2010) e dois estudos relataram que os negros sentiam menos dor que os brancos (DOBALIAN; TSAO; DUNCAN, 2004; HEWITT et al., 1996).

Com relação ao estado civil e a dor, foi constatado uma maior prevalência de dor em viúvos (75%), seguido dos que vivem com o companheiro (73,17%), embora os dados também não tenham sido significativos. Diferenciando dos nossos resultados, Mwesiga et al. (2015) e Namisango et al. (2012), trouxeram em seus estudos que as PVHA casadas possuem maior prevalência de dor. No estudo de Namisango et al. (2012) os viúvos vem em segundo lugar. Silva et al. (2017), evidenciaram em seu estudo que as PVHA solteiras possuem mais dor, seguidas de pessoas que possuem relação estável.

Com relação à dor e renda econômica, houve uma maior prevalência de dor no grupo que ganha até um salário mínimo (66.38%) seguido do grupo que recebe menos de um salário mínimo (59.26%), também com resultados não significativos. Concordando com os nossos dados, Bradley et al. (2010) e Dobalian, Tsao e Duncan (2004), demonstraram em seus estudos, uma maior prevalência de dor em PVHA com menor renda. Jackson et al. (2015) evidenciaram em seu estudo que há uma prevalência maior de dor em países onde a população possui baixa e média renda econômica.

Na variável escolaridade, são observados valores significativos para a relação com a dor, sendo que ensino médio incompleto teve maior prevalência de casos de dor (83,08%), seguido de sem/baixa escolaridade (64,58%). Namisango et al. (2012) e Mwesiga (2015), trazem em seus estudos que as PVHA que possuem mais dor são as que possuem somente o ensino primário (ensino fundamental), seguido da população que possui somente o ensino secundário (ensino médio). Discordando dos nossos resultados, Miaskowski et al. (2011) traz em seu estudo que as PVHA que possuem mais dor são as que possuem ensino secundário ou mais do que isso, seguidas das que possuem o ensino primário. É possível supor que pessoas com poucos anos de estudo tenham menos acesso à informação sobre a enfermidade e o tratamento,

acarretando compreensão insuficiente sobre o papel dos ARV e os prejuízos potenciais da não-adesão. Ademais, a escolaridade, comumente associada a níveis de renda, é um indicador indireto da situação sócio-econômica. Em suma, pessoas HIV+ com menor escolaridade podem estar vivenciando piores condições de vida e presença de outros estressores, além daqueles relativos à vivência da soropositividade, com impacto negativo sobre o autocuidado e a adesão ao tratamento (SEIDL et al, 2007).

Quanto à prevalência de dor e ocupação, foi constatado maior prevalência nos aposentados (77,78%) seguido do grupo que são afastados pelo INSS devido ao HIV (63,16%). Bradley et al. (2010), trouxe em seu estudo que a dor é mais prevalente em pessoas que possuem licença médica por incapacidade devido à doença, seguido dos empregados e estudantes. Dobalian, Tsao e Duncan (2004), trazem em seu estudo que a prevalência de dor em PVHA é maior nos desempregados, seguido dos empregados.

Sobre os dados clínicos, com relação à dor, foi evidenciado que há uma maior prevalência na população com <200 células/mm³ (66,67%) seguida da população com 351-500 células/mm³ (65%), embora os resultados não foram estatisticamente significativos. Dobalian, Tsao e Duncan (2004), trazem em seu estudo que a prevalência de dor é maior nas PVHA com linfócitos T CD4+ de 200-499 células/mm³, seguida do grupo de 50-199 células/mm³. Namisango et al. (2012) em seu estudo traz que há uma maior prevalência de dor nas PVHA com linfócitos T CD4+ de 201-499 células/mm³ seguida por <200 células/mm³.

Sobre a dor ser mais incidente nas PVHA com linfócitos T CD4+ <200 células/mm³, isso explica-se pelo fato dos tipos e níveis de dor dependerem da fase da infecção e, também, variarem de indivíduo para indivíduo. Nos estágios iniciais, cerca de 30% das pessoas com uma contagem de linfócitos T CD4+ de >500 células mm³ experimentam dor clinicamente significativa, e até 75% das pessoas com uma contagem de linfócitos T CD4+ <200 células mm³ sofrem de dor. Vale ressaltar que quase todas as pessoas em estágios muito avançados da infecção passam pela experiência da dor. Sendo assim, quanto mais a doença progride, maior a prevalência e intensidade da dor (AOUIZERAT et al, 2010; OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, este fato pode ser explicado pelo

mecanismo de ação do HIV, pois à medida que este altera o sistema imune, ocorre o aumento da ocorrência de infecções e malignidades. Como consequência dessa imunossupressão, um dos sintomas mais comuns é a dor (OLIVEIRA et al, 2013).

Relacionando a fase da doença com a dor, foi evidenciado maior prevalência de dor na população com aids (72%), seguida pela fase assintomática (58,12%), mas os resultados também não foram significativos. Corroborando com nossos dados, Silva et al. (2017) evidencia a mesma característica, a dor é mais prevalente em pessoas com aids, seguida por pessoas assintomáticas.

Bradley et al. (2010), traz em seu estudo, que as PVHA no estágio da aids apresentam mais dor. Nesse contexto, a dor pode acontecer devido à imunossupressão, infecções oportunistas relacionadas, como também aos efeitos colaterais do TARV e sintomas relacionados, tais como deficiências nutricionais ou outras condições não relacionadas à doença, podendo ser de origem idiopática. Desse modo, o predomínio da dor pode variar dependendo do estágio da doença, dos cuidados e da forma de tratamento (JOHNSON et al., 2012; MIASKOWSKI et al., 2011).

A relação do tipo de terapia antirretroviral com a dor ficou evidenciada uma maior prevalência de dor na população que não realiza o tratamento (66,67%) seguida da população que realiza o tratamento da 2ª linha (63,54%), com resultados não significativos.

Corroborando com os dados do presente estudo, Breitbart et al. (1996), constata que, em seu estudo, os participantes ambulatoriais que possuíam aids e recebiam TARV apresentaram menor prevalência de dor do que aqueles que não recebiam TARV. Isso explica-se pelo fato do TARV reduzir o máximo possível, pelo maior período de tempo, a quantidade de vírus HIV circulante (carga viral plasmática). Dessa forma, o sistema imunológico não torna-se comprometido, ficando mais protegido de doenças oportunistas que, em sua maioria, geram dor. Discordando dos presentes resultados, Namisango et al. (2012) traz em seu estudo que as PVHA analisadas possuíam mais dor realizando o TARV do que as que não o realizavam. Por sua vez, Richardson et

al. (2009), em seu estudo, não encontraram diferenças nas taxas de prevalência de dor entre aqueles que recebiam e não recebiam o TARV.

Sobre o tempo de TARV relacionado a dor, nota-se valor significativo nessa análise). Sendo assim, é possível interpretar que as pessoas que sentem dor realizam o TARV há mais tempo do que as que não sentem dor.

Quanto ao tempo do TARV, a população estudada realizava, em média, o TARV há cinco anos (60 meses). A maioria da população estudada na pesquisa de Santos et al. (2014) realizava tratamento acima de 24 meses. Contribuindo com nossos resultados, Silva et al. (2014), em seu estudo, evidencia pela população estudada que a maioria deles fazem o uso do TARV, também, há 60 meses. Discordando parcialmente dos nossos dados, Hipólito et al. (2017) evidenciou que a sua população predominante fazia o uso da TARV há 4 anos, seguida da população que fazia o uso de 5 a 8 anos.

A relação de tempo do TARV com a dor já é evidenciada na literatura. O uso continuado da TARV causa efeitos adversos de tipo metabólico (por exemplo, diabetes tipo II e hipercolesterolemia), antropométrico (por exemplo, lipodistrofia) (GRUNFELD, 2008) e neurológico (por exemplo, dor neuropática periférica) (NICHOLAS; COSLESS; EVANS, 2014). 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 (SOUZA et al., 2016). Apesar da melhora na efetividade e tolerabilidade do TARV, a neuropatia sensitiva dolorosa no HIV ainda é comum (ELLIS et al., 2009). Portanto, é importante reconhecer que tanto os mecanismos de replicação viral quanto a realização contínua do TARV em associação com processos adversos contribuem na manifestação clínica da dor neuropática dolorosa nessa população (SOUZA et al., 2016).

Com relação aos níveis de dor, o presente estudo evidenciou uma maior prevalência de dor de nível leve (59,88%), seguida de dor moderada (36,72%) e dor severa (3,38%) que foram mensurados por meio do instrumento BPI. Silva et al. (2017) realizaram um estudo no nordeste do Brasil, e tiveram como resultados que 47,5% das PVHA possuíam nenhuma dor/dor leve, 24,1% dor moderada e 28,4% dor severa. Namisango et al. (2012) realizaram estudo na

Uganda e observaram que 53% das PVHA reportaram dor leve, 20% reportaram dor moderada e 27% reportaram dor severa. Diferentemente desses resultados, Robbins, Chaiklang e Supparatpinyo (2012), na Tailândia, Oliveira et al. (2012), no Ceará, Brasil e Miaskowski et al. (2011), nos EUA, evidenciaram que as PVHA apresentavam maior prevalência de dor severa, seguida de moderada e dor leve. De uma forma geral, a dor relatada pelas PVHA é de intensidade moderada a severa. A dor, de moderada a severa, é reconhecida como tendo impacto significativo na capacidade de realização das funções diárias e na QVRS (PARKER; STEIN; JELSMA, 2014).

Sobre a interferência da dor nas atividades diárias das PVHA, no presente estudo, foi computado que as atividades que tiveram mais interferência foram humor, seguido por atividade geral e trabalho. Robbins et al. (2013) e Narasimooloo et al. (2011) constataram em seus estudos alta interferência da dor nas atividades diárias das PVHA. As atividades mais acometidas eram o sono, apreciar a vida e trabalho. Muitos estudos falam sobre a alta interferência da dor nas atividades diárias (MCCORMACK et al., 1993; BRECHTL et al., 2001; NAIR et al., 2009; NARASIMOOLOO et al., 2011) e há uma gama multivariada de níveis de interferência nos diversos aspectos da vida da PVHA.

Sobre as áreas do corpo com maior prevalência de dor, no presente estudo, a cabeça vem em primeiro lugar, seguida pelos membros inferiores e, por último, a coluna. Oliveira et al. (2012), também evidenciaram a cabeça (50,9%) como maior prevalência de dor no corpo da PVHA, em seguida ficou a dor abdominal (52,6%), torácica (33,3%), membros inferiores (24,6%) e coluna (29,8%). Silva et al. (2017), observaram, também, em primeiro lugar a cabeça (18%), seguido pela dor generalizada (15,3%), membros inferiores (6,5%) e coluna (6,1%). Diferindo desses resultados, Norval et al. (2004) observaram que a dor nos membros inferiores foi a dor mais prevalente (66%), seguida de dor na boca (50,5%), dor de cabeça (42,3%), dor na garganta (39,8%) e dor torácica (17,5%). Namisango et al. (2012), evidenciou em seu estudo que a dor torácica é mais prevalente (21,7%), seguida pelas dores na coluna (20,3%), cabeça (19,6%), abdome (15,6%) e pernas (7,7%).

Com relação às PVHA que realizam tratamento para alívio da dor, no presente estudo ficou evidente um número maior de pessoas que realizam tratamento para alívio da dor (52,98%) mediante as que não realizam nenhum tipo de tratamento. Namisango et al. (2012), trazem em seu estudo que 97% das PVHA realizam tratamento para dor. Miaskowski et al. (2011), em seu estudo, evidenciam que 91,2% das PVHA realizam algum tratamento para dor. Alguns estudos apontam que as PVHA têm buscado alternativas farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da dor. Um estudo avaliou o tratamento utilizando o *patch* de capsaicina (alta dose), que possui menos interações farmacológicas por ser de via transdérmica e resultou em uma redução de até 3-4 pontos na escala análogo-visual da dor (HUSSTEDT et al., 2013). Também tem sido sugerido que a inibição da degradação de endocanabinoides poderia auxiliar no alívio da dor neuropática no HIV (NASIRINEZHAD et al, 2015). Outro destaque é o uso da TARV à base de estavudina (um antirretroviral e nucleosídeo sintético análogo à timidina) por 3 meses, que reduziu a gravidade da neuropatia distal, mas são necessários estudos em longo prazo (OBIAKO; ABDU-AGUYE; OGUNNIYI, 2011), por melhorar o quadro imunológico desses pacientes.

Alguns estudos apontam o uso de terapias não farmacológicas que apresentaram eficácia no tratamento da dor crônica nas PVHA, como: acupuntura (GARROW et al., 2014), estimulação elétrica transcraniana (NGERNYAM et al., 2015), estimulação magnética transcraniana (ARAÚJO et al., 2011), atividade física (DOBSON; MCMILLAN; LI, 2014), exercícios fisioterapêuticos (TUMUSIIME; STEWART; VENTER, 2015), estimulação da medula espinhal (KNEZEVIC et al., 2015) e terapia cognitivo-comportamental (HEUTINK et al., 2013).

O alívio da dor mediante o tratamento realizado, no presente estudo, teve como resultado 57% de alívio. De acordo com os estudos que analisaram tratamentos para a dor, com relação ao alívio, Namisango et al. (2012) trazem em seu estudo que as PVHA que realizavam tratamento para dor possuíam 68% de alívio através dos tratamentos realizados. Miaskowski et al. (2011) trazem que as PVHA tinham 63% de alívio mediante algum tipo de tratamento para a dor.

Quanto aos SD e sua relação com a dor, obteve-se como resultados valores significativos. Dessa forma, 71,87% PVHA que possuem dor apresentam SD e em contrapartida tivemos somente 28,12% PVHA que não possuem dor e apresentam SD. Assim, é possível interpretar que as pessoas que possuem dor tem mais chances de obterem SD, do que as que não possuem dor.

Robbins et al. (2013) evidenciaram que, por mais que algumas PVHA com dor tenham apresentado depressão (10,3%), não houve uma relação significativa entre as variáveis. Mwesiga et al. (2015), em estudo realizado na Uganda, voltado para as comorbidades depressão e dor, tiveram como resultado que, entre as PVHA (20 indivíduos participantes), a prevalência dessas comorbidades juntas foi de 5% (01 participante apresentou tais comorbidades juntas).

Miaskowski et al. (2012) encontraram que quase metade (42,8%) das PVHA que possuem dor foram classificadas como apresentando depressão moderada ou grave. Richardson et al. (2009) evidenciaram que quase metade das mulheres em seu estudo apresentaram sintomas depressivos. Ainda segundo tais autores, a relação entre dor crônica e depressão tem sido bem documentada em indivíduos com doença crônica. A direção dessa relação pode ser recíproca, pois é provável que aqueles que experimentam dor se tornem deprimidos e aqueles que estão deprimidos podem ser mais propensos a relatar experiências de dor. 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 função da vida, como mobilidade, vitalidade, interações sociais e medo de um futuro incerto.

O instrumento HAT-QoL proporcionou a avaliação da QVRS por meio de nove domínios. Os domínios que apresentaram relação da dor com níveis significativos foram: função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupação financeira, aceitação do HIV, preocupação com o sigilo e atividade sexual.

Os domínios do instrumento HAT-QoL função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde e financeira, aceitação do HIV, sigilo e atividade sexual apresentaram-se com um nível de QVRS menor do que o encontrado em

outros estudos, onde as PVHA não possuíam dor (GALVÃO et al., 2014; SOARES et al., 2015; SANTOS et al., 2014; GOUVÊA-E-SILVA et al., 2016; MEDEIROS et al., 2017).

Na análise de QVRS através do instrumento HAT-QoL, é claramente visível que a dor, em todas as comparações com outras evidências científicas, tem um impacto negativo na QVRS das PVHA, pois em todos os domínios da análise de nosso estudo, a QVRS foi menor do que a dos outros estudos, que somente analisavam a QVRS da PVHA.

Já nos domínios em que os resultados não foram significativos, preocupação com a medicação e confiança no médico, a QVRS foi menor do que em outras pesquisas comparadas, que somente analisavam a QVRS da PVHA. (SOARES et al., 2015; GALVÃO et al., 2014).

As regressões logísticas multinominais realizadas no presente estudo, tiveram como objetivo determinar os fatores que caracterizam a dor, a QVRS e SD nas PVHA. Foi constatado que o aumento em um ponto, na pontuação geral, no instrumento HAT-QoL, diminui em 4% a chance da PVHA relatar dor, ou seja, quanto maior a dor menor a QVRS.

Segundo Namisango et al. (2012) a dor tem um efeito debilitante na QVRS da PVHA. Nove estudos (MCCORMACK, et al., 1993; ELDRIDGE et al., 1994; BREITBART et al., 1996; BREITBART et al., 1997; BRECHTL et al., 2001; NAIR et al., 2009; NARASIMOOLOO et al., 2011; MPHABLELE et al., 2012; YI JIA ONG et al., 2014; SILVA et al., 2017) relataram que a dor moderada a severa é reconhecida como tendo impacto significativo na capacidade funcional e na QVRS.

Também observou-se no presente estudo que o maior nível de dor foi evidenciado em mulheres, com 79% (OR = 1,05 – 3,05) de chance superior aos homens de relatar dor, sendo que essa dor tem 2,07 vezes mais chances de serem moderadas ou severas em relação aos homens.

Quando desconsiderado apenas a variável QVRS, as mulheres passaram a ter 89% (OR = 1,12 – 3,20) de chances de relatarem dor em relação aos homens. Através desse resultado, é evidenciado que a variável QVRS, que foi

obtida através do instrumento HAT-QoL, quando analisada na regressão múltipla junto a demais variáveis, é um dado eficaz, pelo fato de possuir um alto poder de evidência estatística relacionado a dor. Devido tal variável apresentar valores significativos, acaba se destacando em relação as demais, por isso ela foi desconsiderada na Tabela 12.

Gray e Berger (2007), em seu estudo sobre a dor em mulheres que vivem com HIV/aids relata que a dor pode estar diretamente relacionada com o sexo. Os autores evidenciam que as condições de risco que as mulheres que vivem com HIV/aids possuem são maiores em relação às mulheres HIV negativas e até mesmo ao sexo oposto (homens) nas mesmas condições, a começar por doenças ginecológicas tais como: neoplasia intra epitelial cervical (NIC), infecção cervical pelo papiloma vírus humano (HPV), candidíase vaginal e doença inflamatória pélvica. Quando gestantes, correm diversos riscos (aborto espontâneo, retardo no crescimento fetal, baixo peso ao nascer), que são outros fatores de riscos pertinentes. Além do mais, na menopausa, podem apresentar uma contagem reduzida de linfócitos T CD4+ e maior risco de desenvolverem osteopenia.

Gray e Berger (2007) colocam todos esses fatores associados como predisponentes para a mulher que vive com o HIV/aids, a qual está mais propensa a sentir dor, principalmente aquelas de baixa renda e de raça negra. Com relação ao níveis de dores vivenciados pelas mulheres que vivem com HIV/aids, Silva et al. (2017), evidencia em seu estudo que o sexo feminino representou um risco de 7,256 ($p < 0,001$) para dor moderada e de 5,329 ($p < 0,004$) para dor severa, demonstrando assim, um resultado ainda maior da predisposição da mulher que vive com HIV/aids vivenciar a dor.

Alguns estudos vem evidenciando o grau de risco da mulher com HIV/aids em relação a presença de dor, seja devido ao próprio peso da doença, que é considerado maior para as mulheres, às disparidades culturais, econômicas e nível de escolaridade, como também a 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 (BREITBART; PASSIK; REDDY, 2006; IASP, 2007).

O presente estudo evidenciou, também, que quanto maior o grau de escolaridade menor a relação com a dor. Tivemos como achado que pessoas com maior nível de formação escolar apresentam 35% menos chance de relatar dor. A relação da dor com a baixa escolaridade, já foi encontrada em muitos estudos (ROBBINS et al., 2013; WIJNHOVEN; DE VET e PICALET, 2006), tanto com relação a presença da dor, como com a intensidade, estando o menor nível de escolaridade associada a dor mais intensa (MIASKOWSKI et al., 2011; DOBALIAN; TSAO; DUNCAN, 2004).

Obeve-se como resultado neste estudo, em relação ao SD, 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 do que as outras PVHA e apresentam 2,48 vezes mais chances dessas dores serem moderadas e severas. Sobre tal assunto, segundo Sale (2014), pessoas que apresentam uma percepção de doença negativa são mais propensas a desenvolver depressão.

Slot et al. (2015) identificaram alguns fatores associados ao risco de depressão 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, como estresse. Os esforços para diagnosticar e tratar a depressão associada ao HIV podem prevenir dor e futuras comorbidades relacionadas a elas, além de ter um impacto positivo na QVRS. Portanto, é importante para os profissionais de saúde saberem que muitas vezes têm que lidar com a somatização de queixas e doenças emocionais (MWESIGA et al., 2015).

Observou-se também 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 jovens (referência de 18 a 29 anos). Silva et al. (2017), em seu estudo evidenciou que as faixas etárias de 21 a 30 anos, 41 a 50 anos e 51 a 60 anos, apresentaram-se como fator de proteção para a presença de dor moderada utilizando como referência idade maior de 60 anos. Aouizerat et al. (2010), ao realizar análise de regressão logística em seu estudo, tiveram como resultado, quanto a variável idade, um risco de 1.03 para a presença de dor. Porém, eles consideraram todas as faixas etárias juntas.

Namisango et al. (2012), em seu estudo com PVHA ambulatoriais, observaram que acima de 36 anos esses pacientes apresentavam mais dor do que os pacientes com idades inferiores. Tendo como nível leve o de maior prevalência, seguida da severa e por último a dor moderada. Em sua regressão logística teve como resultado que as pessoas com idade maior de 36 anos possuíam 1,02 chances de desenvolver dor moderada do que dor leve/sem dor e 0,99 vezes mais chances de desenvolver dor severa do que dor leve/sem dor. De uma forma geral, alguns estudos intercedem a favor da teoria de gestão dos sintomas vivenciados, apoiando o fato de que as características da PVHA, dentre elas a idade, pode ser um fator de risco, interagindo com outros problemas de saúde (HUMPHREYS et al., 2008; KATHRYN et al., 2009).

À medida que a renda aumenta existe diminuição da alegação de dores moderadas e severas. No estudo de Aouizerat et al. (2010), em sua análise foi evidenciado que PVHA de baixa renda (<\$1000) possuíam mais dor que as pessoas de renda alta (>\$2000). Segundo Leite, Sales e Oliveira (2009) acredita-se que existe associação entre baixa renda familiar e maior expressão clínica de determinadas doenças crônicas em relação às queixas dolorosas, contribuindo para piorar a QVRS das PVHA.

Tendo em vista os resultados encontrados neste estudo, as variáveis analisadas são subjetivas, pois sabemos que a dor vivenciada, a QVRS e SD são influenciados por diversos contextos vividos diariamente pela PVHA, sendo eles o aspecto social, cultural e pessoal.

Como limitação do estudo, pode-se identificar que a dor foi analisada somente nas últimas 24 horas, através do instrumento BPI. Isto pode ter eliminado a possibilidade de identificar um maior número de pessoas com dor e suas características (aguda ou crônica), ou seja, se a investigação sobre a dor tivesse sido questionada na última semana ou até no último mês haveria resultados mais específicos e fidedignos com relação à dor. Também houve uma limitação na compreensão das doenças oportunistas, que são consideradas uma das principais fontes causadoras de dor nas PVHA. Pois, se tivéssemos coletado tal informação, seria possível realizar a relação da intensidade da dor com a doença relatada e analisar o fator causa e efeito.

7 CONCLUSÕES

O estudo realizado analisou a prevalência de dor, a QVRS e SD das PVHA. Assim, este estudo contribui para compreendermos a relação entre estas variáveis e seu impacto na vida dessas pessoas.

Tivemos como resultado, mesmo com valores estatisticamente não significativos, uma prevalência de dor maior nas mulheres, com idade entre 50 a 59 anos, de cor preta, viúva, que possuíam renda salarial baixa (um salário mínimo), ensino médio incompleto e eram, em sua maioria, aposentadas. Sobre a parte clínica, as PVHA com dor possuíam linfócitos T CD4+ <200 células/mm³, no estágio clínico da aids e não realizavam o TARV. As PVHA que realizavam o TARV há mais tempo (média de 5,83 anos) apresentavam mais dor de quem o realizava TARV há menos tempo.

Sobre a intensidade da dor, com valores estatisticamente não significativos, tivemos maior prevalência de dor leve, seguida da moderada e, por último, a severa. Sobre a interferência da dor nos aspectos diários, o humor foi o mais comprometido. A região da cabeça foi o local de maior prevalência de dor. Mediante a realização de algum tipo de tratamento para o alívio da dor, a população consegue alcançar um alívio de 57%. As PVHA com maior nível de formação escolar apresentam 35% menos chance de relatar dor e quem possui dor apresenta maiores episódio de SD. Quanto a QVRS, as PVHA que possuem dor apresentam baixa pontuação no instrumento HAT-QoL, com médias baixas, principalmente nos domínios preocupação com o sigilo, preocupação financeira e aceitação do HIV.

Dessa maneira, podemos concluir que a prevalência de dor, na população estudada, tem relação com um pior nível de qualidade de vida relacionada à saúde e com o desenvolvimento de SD. Ressalta-se que o presente estudo apresentou dados de uma variável pouco investigada no país, a dor em PVHA. Assim, colocamos estes resultados para discussão entre os pesquisadores e os profissionais da saúde com o intuito de traçarem medidas para objetivar o manejo deste sintoma. Novos estudos podem ser desenvolvidos, como por exemplo, com um acompanhamento longitudinal desta amostra para se entender

como se comportam essas variáveis com o passar do tempo. Além disso, estudos para se conhecer as causas da dor e para se testar intervenções que possam minimizá-la.

8 REFERÊNCIAS

AKENA, D., MUSISI, S., KINYANDA, E. A comparison of the clinical features of depression in HIV-positive and HIV-negative patients in Uganda. **Afr J Psychiatry**, v. 13, n 1, p. 43-51, mar. 2010.

AOUIZERAT, B.E. et al. Risk factors and symptoms associated with pain in HIV infected adults. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 21, n. 2, p. 125-133, mar. apr. 2010.

ARAÚJO, H.A. et al. Estimulação magnética transcraniana e aplicabilidade clínica: perspectivas na conduta terapêutica neuropsiquiátrica. **Rev Med**, v. 90, n. 1, p. 3-14, 2011

ATKINSON, J. et al. Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. **J Affect Disorders**, v. 108, n. 3, p. 225-34, jun. 2008.

BAILLARGEON, J. et al. Psychiatric disorders, HIV infection and HIV/hepatitis coinfection in the correctional setting. **AIDS Care**, v. 20, n. 1, p. 124-9, jan. 2008.

BAILLARGEON, J. et al. The Association of Psychiatric Disorders and HIV Infection in the Correctional Setting. **Ann Epidemiol**, v. 13, n. 9, p. 606-12, out. 2003.

BARROS, M.B.A. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n.1, jun. 2017.

BENNETT, M.I. et al. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. **Pain**, v.122, n. 3, p. 289-94, jun. 2006.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, SR; MARTURANO, E.M. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. **Psico**, v. 47, n. 2, 2016.

BRASIL. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Ano 2015, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BRASIL. Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Ano V - nº 1 - 27^a a 53^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; Ano V - nº 1 - 01^a a 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/aids. Ano IV - nº 01 - da 27^a à 53^a semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014; da 01^a à 26^a semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2015>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>; <http://www.aids.gov.br/pagina/efeitos-colaterais>; <http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>. Acessado em: 09 mai 2016.

BRASIL. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Ano 2016. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acessado em: 28 dez 2017.

BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Ano 2013 – atualizado em 2015. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/guia-de-consulta-rapida-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao>. Acessado em: 19 jun 2016.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Ano 2017. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acessado em: 30 ago 2017.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ano 2018. Ministério da

Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
Acessado em: 22 fev 2018.

BRECHTL, J.R et al. The use of highly active antiretroviral therapy (HAART) in patients with advanced HIV infection: impact on medical, palliative care, and quality of life outcomes. **J Pain Symptom Manage**, v. 21, n. 1, p. 41-51, jan. 2001.

BREITBART, W. et al. A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients with and without a history of substance abuse. **Pain**, v. 72, n. 1-2, p. 235-43, ago. 1997.

BREITBART, W. et al. Pain in ambulatory AIDS patients: pain characteristics and medical correlates. **Pain**, v. 68, n. 2-3, p. 315-21, dez. 1996.

BREITBART, H.; PASSIK, S. Pain in AIDS: a call for action. **Pain Clin Updates**, v. 4, n. 1, p. 1-4, set. 1996.

BREITBART, W.; PASSIK, S.D.; REDDY, K.S. Pain: Clinical Updates. **IASP**, v.4, n. 6 p.1-8, dez. 2006.

CALVETTI, P. Ü. et al. Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/Aids. **Aletheia**, v. 10, n. 38-39, p. 25-38, mai. dez. 2012.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D.B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Rev. dor**, v.12, n.4, p. 297-300, out. dez. 2011.

CLEELAND, C.; RYAN, K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Ann Acad Med Singapore**, v. 23, n. 2, p. 129-138, mar. 1994.

CRANE, P.K. et al. Measuring depression levels in HIV-infected patients as part of routine clinical care using the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **AIDS Care**, v. 22, n. 7, 2010.

DIBONAVENTURA, M.D. et al. The association of HIV/AIDS treatment side effects with health status, work productivity, and resource use. **AIDS Care**, v. 24, n. 6, p. 744-55, abr. 2012.

DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 21, n. 1, mai. 1999.

DREVETS, W.C.; FUREY, M.L. Depression and the Brain. **Encyclopedia of Neuroscience**, v. 3, n. 4, p. 459-470, fev. 2009.

DOBALIAN, A.; TSAO, J.C.I.; DUNCAN, R.P. Pain and the use of outpatient services among persons with HIV – results from a nationally representative survey. **Med Care**, v. 42, n. 2, p. 129–38, fev. 2004.

DOBSON, J.L.; MCMILLAN, J.; LI, L. Benefits of exercise intervention in reducing neuropathic pain. **Front Cell Neurosci**, v. 8, n. 102, abr. 2014.

DO LAGO, R.F.; DO ROSÁRIO C.N. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p.3529-3540, 2010.

EBIRIM, L.N.; OTOKWALA, J.G. Inadequate pain relief in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease in Port Harcourt. **HIV/AIDS (Auckland, NZ)**, v. 5, p. 199-203, ago. 2013.

EDWARDS, M. et al. Implementation of PHQ-9 Depression Screening for HIV-Infected Patients in a Real-World Setting. **JANAC**, v. 25, n. 3, p. 243-252, mai. Jun. 2014.

ELDRIDGE, A.D. et al. Prevalence and characteristics of pain in persons with terminal-stage AIDS. **J Adv Nurs**, v. 20, n. 2, p. 260-8, ago. 1994.

ELLIS, R.J. et al. Neuropathic pain contributes to an excess of unemployment and disability in HIV infection: the charter study. **J Neurovirol**, v. 15, p. 26-7, jul. 2009.

ESCOFFIER, E. et al. Perception of pain by patients receiving antiretroviral treatment in North Kivu, DR Congo. **Sante**, v. 20, n. 4, p. 189-94, out. dez. 2010.

FERREIRA, K.A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505-511, abr. 2011.

GALVÃO, J.M.V.; COSTA, A.C.M.; GALVÃO, J.V. Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 1, p. 4-8, mar. 2017.

GALVÃO, M.T.G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 1, p. 48-53, nov. 2015.

GARROW, A.P. et al. Role of acupuncture in the management of diabetic painful neuropathy (DPN): a pilot RCT. **Acupunct Med**, v. 32, n. 3, p. 242-9, jun. 2014.

GIR, E.; VAICHULONI, C.G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13 n.5, p. 634-41, set. out. 2005.

GOUVEA-E-SILVA, L.F. et al. Nível de atividade física e síndrome lipodistrófica em pacientes com HIV/aids. **Rev Bras Med Esporte**, v. 22, n. 2, p. 146-152, 2016.

GREENSPAN, J.D. et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. **Pain**, v. 132, n. 1, p. 26-45, nov. 2007.

GRAY, G.; BERGER, P. Pain in women with HIV/AIDS. **Pain**, v. 132, n. 1, p. 13-21, nov. 2007.

GRUNFELD, C. Understanding the complications of antiretroviral drugs. **Clin Infect Dis**, v. 47, n. 4, p. 575-6, ago. 2008.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, v. 118, n. 8, p. 622-629, abr. 1993.

HARRISON, J.D. et al. The nature and consequences of cognitive deficits among tobacco smokers with HIV: a comparison to tobacco smokers without HIV. **Journal of NeuroVirology**, v. 23, n. 4, p. 550-557, ago. 2017.

HEUTINK, M. et al. Which pain coping strategies and cognitions are associated with outcomes of a cognitive behavioral intervention for neuropathic pain after spinal cord injury? **Cord Inj Rehabil**, v. 19, n. 4, p. 330-40, 2013.

HEWITT, D.J. et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. **Pain**, v. 70, n. 2-3, p. 117-123, apr. 1997.

HIPÓLITO, R.L. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/Aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 2874, 2017.

HITCHCOCK, S.A.; MEYER, H.P.; GWYTHYER, E. Neuropathic pain in AIDS patients prior to antiretroviral therapy. **S Afr Med J**, v. 98, n. 11, p. 889-92, nov. 2008.

HOLMES, W.C.; SHEA, J.A. A new HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. **Med Care**, v. 36, n. 2, p. 138-54, fev. 1998.

HUMPHREYS J. et al. A middle range theory of symptom management. In: SMITH MJ, LIEHR PR, eds. Middle range theory for nursing. Ed. New York: Springer Publishing Company, p.145-158, 2008.

HUSSTEDT, I.W. et al. Topic capsaicin for treatment of HIV-associated polyneuropathy. **Reg Anesth Pain Med**, v. 38, n. 1, mar. 2013.

IASP. Task Force for Global Year Against Pain in Women. Fact Sheet. Out. 2007.

JACKSON, T. et al. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 385, n. 10, abr. 2015.

JESUS, W. A.; OLIVEIRA, A. C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes imunodeprimidos HIV/aids: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, v. 18, n. 3, p. 44-49, abr. 2014.

JIAO, J.M. et al. Chronic pain disorders in HIV primary care: clinical characteristics and association with healthcare utilization. **Pain**, v. 157, n. 4, p. 931–937, abr. 2016.

JOHNSON, A. et al. Report of an HIV clinic-based pain management program and utilization of health status and health service by HIV patients. **J Opioid Manag**, v. 8, n. 1, p. 17-27, 2012.

KATHRYN A. et al. Symptom Experience in HIV-Infected Adults: A Function of Demographic and Clinical Characteristics. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 38, n. 6, dez. 2009.

KLASE, Z. et al. HIV-1 TAR miRNA protects against apoptosis by altering cellular gene expression. **Retrovirology**, v. 6, n. 1, p. 18, 2009.

KNEZEVIC, N.N. et al. The use of spinal cord neuromodulation in the management of HIV-related polyneuropathy. **Pain Physician**, v. 18, n. 4, p. 643-50, jul. ago. 2015.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 9, p. 606-13, set. 2001.

LEITE, A.C.S.; SALES, N.C.; OLIVEIRA, R.M. Evidências de alterações no padrão de sono em mulheres com fibromialgia. **Revista Nursing**, v.131, n.12, p.166-170, 2009.

LESSERMAN, J. et al. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. **Psychol Med**, n. 32, v. 6, p. 1059-73, ago. 2002.

LOGIE, C.H. et al. A structural equation model of factors contributing to quality of life among African and Caribbean women living with HIV in Ontario, Canada. **AIDS Res Hum Retroviruses**, v. 33, n. 3, p. 290-297, out. 2017.

LUZ, P.M. et al. Cost-Effectiveness of Genotype Testing for Primary Resistance in Brazil. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 68, n. 2, p. 152-161, fev. 2015.

MAJ, M. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. **British J Psychiatry**, v. 169, n. 30, p. 117-22, 1996.

MAO, L. et al. Rates of depression among men attending high-HIV-caseload general practices in Australia. **Ment Health Fam Med**, v. 5, n. 2, p. 79-83, jun 2008.

MARTINS, A. et al. Qualidade de vida na infecção VIH: perfis segundo o modo de transmissão. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, v. 17, n. 1, p. 07-14, 2016.

MCCORMACK, J.P.; LI, R.; ZAROWNY, D.; SINGER, J. Inadequate treatment of pain in ambulatory HIV patients. **Clin J Pain**, v. 9, n. 4, p. 279-83, dez.1993.

MEDEIROS, R.C.S.C. et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 66, jul. 2017.

MERLIN, J.S. A Randomized Pilot Trial of a Novel Behavioral Intervention for Chronic Pain Tailored to Individuals with HIV. *AIDS Behav*, jan. 2018. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2028-2>.

MERLIN, J.S. et al. Pain is Independently Associated with Impaired Physical Function in HIV-infected Patients. **Pain Med**, v. 14, n. 12, dez. 2013.

MERLIN, J.S. et al. Pain, Mood, and Substance Abuse in HIV: Implications for Clinic Visit Utilization, ART Adherence, and Virologic Failure. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 61, n. 2, p. 164-170, out. 2012.

MERLIN, J.S. et al. Qualitative Investigation of a Brief Chronic Pain Screening Tool in HIV-Infected Patients. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 28, N. 4, 2014.

MERSKEY, H. Pain terms. International Association for the Study of Pain. **Pain**, v. 6, p. 249-252, 1979.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, p. 209-2014, 1994.

MIASKOWSKI, C. et al. Occurrence and Characteristics of Chronic Pain in a Community-Based Cohort of Indigent Adults Living With HIV Infection. **J Pain**, v. 12, n. 9, p. 1004-1016, set. 2011.

MINSON, F. et al. II Consenso Nacional de dor oncológica. Grupo Editorial Moreira Jr. Editora Ltda, São Paulo, 2011 - 1ª edição.

MONOHAN, P.O. et al. Validity/Reliability of PHQ-9 and PHQ-2 Depression Scales Among Adults Living with HIV/AIDS in Western Kenya. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 189, fev. 2018.

MORIARTY, A.S. et al. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 567-576, nov. dez. 2015.

MPHAHLELE, N.R.; MITCHELL, D.; KAMERMAN, P.R. Pain in ambulatory HIV-positive South Africans. **Eur J Pain**, v. 16, n. 3, p. 447-458, 2012.

MWESIGA, E.K. et al. Depression with pain co morbidity effect on quality of life among HIV positive patients in Uganda: a cross sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v. 30, n. 13, dez. 2015.

NAIR, S.N.; MARY, T.R.; 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**, v. 15, n. 1, p. 67-70, jan. 2009.

NAMISANGO, E. et al. Pain Among Ambulatory HIV/AIDS Patients: Multicenter Study of Prevalence, Intensity, Associated Factors, and Effect. **Journal of Pain**, v.13, n. 7, p. 704-713, jul. 2012.

NARASIMOOLOO, C.; NAIDOO, S.S.; GAEDE, B.M. Adequacy of pain management in HIV-positive patients. **S Afr Fam Pract**, v. 53, p. 71-6, 2011.

NASIRINEZHAD, F. et al. Attenuation of persistent pain-related behavior by fatty acid amide hydrolase (FAAH) inhibitors in a rat model of HIV sensory neuropathy. **Neuropharmacology**, v. 95, p. 100-9, ago. 2015.

NICHOLAS, P.K.; CORLESS, I.B. EVANS, L.A. Peripheral neuropathy in HIV: an analysis of evidence-based approaches. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 25, n. 4, p. 318-29, jul. ago. 2014.

NGERNYAM, N. et al. The effects of transcranial direct current stimulation in patients with neuropathic pain from spinal cord injury. **Clin Neurophysiol**, v 126, n. 2, p. 382-90, fev. 2015.

NOGUEIRA, G.S.; SEIDL, E.M.F. Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/aids. **Temas psicol**, v. 24, n. 2, jun. 2016.

NORVAL, D.A. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. **Samj South African Medical Journal**, v. 94, n. 6, p. 450-454, 2004.

NUNN, A.S.; FONSECA, E.M.; BASTOS, F.I.; GRUSKIN, S.; SALOMON, J.A. Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. **PLoS Med**, v. 4, n. 11, p. 305, nov. 2007.

OBIAKO, O.R.; ABDU-AGUYE, I.; OGUNNIYI, A. Effect of stavudine-based antiretroviral therapy on the severity of polyneuropathy in HIV/AIDS patients: a preliminary report from Zaria, Northern Nigeria. **West Afr J Med**, v. 30, n. 5, p. 354-8, set. out. 2011.

OKUNO, M.F.P. et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, jul. 2014

OLIVEIRA, R.M. et al. Dor e analgesia em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev Dor**, v. 12, n. 4, p. 332-7, out. dez. 2012.

OLIVEIRA, R.M. et al. Manejo da dor de pacientes com aids: análise da estrutura gerencial em hospital de referência. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 456-63, abr. 2013.

PANG, M. et al. Medical Discrimination Affects the HIV/AIDS Epidemic Control: A Study of Self-Perceived Medical Discrimination on People Living with HIV or AIDS. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v. 243, p. 67-75, 2017.

PARKER, R.; JELSMA, J.; STEIN, D.J. Pain in amaXhosa Women Living With HIV/AIDS: Translation and Validation of the Brief Pain Inventory–Xhosa. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 1, p. 126-132, jan. 2016.

PARKER, R.; STEIN, D.J.; JELSMA, J. Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. **J Int AIDS Soc**, v. 17, n. 1, fev. 2014.

PEREIRA, M.G. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes adultos HIV (+), atendidos na policlínica municipal de Gurupi – TO. **Rev UnirG, Gurupi**, v. 9, n. 1, jan/abr. 2017.

PLANTIER, J.C. et al. A new human immunodeficiency virus derived from gorillas. **Nature medicine**, v. 15, n. 8, p. 871, 2009.

QUITON R.L., GREENSPAN, J.D. Sex differences in endogenous pain modulation by distracting and painful conditioning stimulation. **Pain**, Suppl 1, p. 134-49, 2007.

R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 20 out 2017.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. Revinter, 9. ed. Rio de Janeiro: 222p. 2008.

RAO, D. et al. A Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Depressive Symptoms, and Medication Adherence. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 3, p. 711-716, abr. 2012.

REMOR, E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient**, v. 6, n. 2, p. 61-73, 2013.

RESENDE, R.C. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, dez. 2012.

RICHARDSON, J.L. et al. Experience of pain among women with advanced HIV disease. **AIDS Patient Care STDs**, v. 23, n. 7, p. 503-11, jul. 2009.

ROBBINS, N.M.; CHAIKLANG, K.; SUPPARATPINYO, K. Undertreatment of pain in HIV+ adults in Thailand. **J Pain Symptom Manage**, v. 45, n. 6, p. 1061-72, jun. 2013.

SALE, S. Psycho-social and medical variables of depression in HIV/AIDS patients in Kano, Nigeria. **Journal of Therapy and Management in HIV Infection**, v. 2, p. 36-44, 2014.

SANDOVAL, A. et al. Pain, sleep disturbances, and functional limitations in people living with HIV/AIDS-associated distal sensory peripheral neuropathy. **J Int Assoc Provid AIDS Care**, v. 13, n. 4, p. 328-34, jul. ago. 2014.

SANTOS, F.D.R.P. et al. Evaluation of Quality of Life in Women with HIV/AIDS According to the HAT-QoL. **International archives of Medicine section: epidemiology**, v. 9, n. 169, p. 1-9, 2016.

SANTOS, I.S. et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1533-43, ago. 2013.

SANTOS, L. et al. Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 19, n. 6, p. 711-712, nov. 2014.

SARLANI, E.; GREENSPAN, J.D. Gender differences in temporal summation of mechanically evoked pain. **Pain**, v. 97, n.1-2, p. 163-9, 2002.

SEIDL, E.M.F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out. 2007.

SILVA, A.C.O. et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994, nov. dez. 2014.

SILVA, J.A.G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun. 2015.

SILVA, J.G. et al. Pain level associated to socio-demographic and clinical variables in people living with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome. **Rev Dor**, v. 18, n. 1, p. 51-8, jan. mar. 2017.

SLOT, M. et al. 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**, v. 16, n. 7, p. 393-402, ago. 2015.

SOARES, B. et al. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2015.

SOÁREZ, P.C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 1, p. 69-76, jan. 2009.

SOUZA, A. et al. Dor neuropática em pacientes com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral. **Clin Biomed**, v. 36, n. 3, p. 156-164, 2016.

STARACE, F. et al. Quality of life assessment in HIV-positive persons: application and validation of the WHOWOL-HIV. **AIDS Care**, v. 14, n. 3, p. 405-415, 2002.

SYED, I.A. et al. Adverse drug reactions and quality of life in HIV/AIDS patients: Advocacy on valuation and role of pharmacovigilance in developing countries. **HIV & AIDS Rev**, v. 14, n. 1, p. 28-30, 2015.

TOROUS, J. et al. Utilizing a Personal Smartphone Custom App to Assess the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder. **JMIR Ment Health**, v. 2, n. 1, jan. mar. 2015.

TOZZE, K.F.; BOLSONI-SILVA, A.T. Intervenção em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizantes. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XIX, n. 4, p. 6-24, 2017.

TSUI, J.I. et al. Pain and Risk Behaviors Among HIV-Infected Persons in St. Petersburg, Russia. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 6, p. 1775–1781, jun. 2017.

TUMUSIIME, D.K.; STEWART, A.; VENTER, F.W. Effect of physiotherapeutic exercises on peripheral neuropathy, functional limitations of lower extremity and quality of life in people with HIV. **Physiotherapy**, v. 101, n. 1, p. 1238-1642, 2015.

TURK, D.C. et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. **Pain**, v. 106, n. 3, p. 337–345, dez. 2003.

UEBELACKER, L.A. et al. Pilot Randomized Trial of Collaborative Behavioral Treatment for Chronic Pain and Depression in Persons Living with HIV/AIDS. **AIDS Behav**, v. 20, n. 8, p. 1675-81, ago. 2016.

UNAIDS. Estatísticas Globais Sobre HIV. Resumo Informativo. 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf. Acesso em: 27 dez 2017.

WAHAB, K.W.; SALAMI, A.K. 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)**, v. 10, n. 1, p. 35-9, jan. fev. 2011.

WIJNHOVEN, H.A.H.; VET, H.C.W.; PICAVET, H.S.J. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. **Pain**, v. 124, n.1-2, p. 158-66, set. 2006.

WILSON, N.L. et al. Identifying Symptom Patterns in People Living With HIV Disease. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 27, n. 2, p. 121-132, mar. abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV/AIDS WHO. 2016. Disponível em: <http://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 26 jul 2017.

YI JIA ONG, A. et al. Research in brief - A cross-sectional study of quality of life, pain intensity, psychological wellbeing and functional status of patients with chronic low back pain in Singapore. **Singapore Nursing Journal**, v. 41, n. 1, p. 37-38, 2014 jan. mar. 2014.

9 APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

DOR, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Dor, depressão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/aids”.

O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de dor em pessoas que vivem com HIV/aids que são atendidas em um serviço de atendimento especializado de uma cidade do interior do estado de São Paulo e sua relação com depressão e qualidade de vida. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade entre 18 a 59 anos e realizar o tratamento antirretroviral a mais de seis meses. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por quatro questionários e a consulta ao seu Prontuário, esta consulta se dará apenas se você concordar que possamos ter acesso a esses dados. Inicialmente, serão coletadas informações sobre dados socioeconômicos (idade, sexo, renda familiar, ocupação), além de dor vivenciada, depressão e qualidade de vida. Os dados clínicos (atual estado de saúde como contagem de células Linfócitos T CD4+, estágio da infecção e tipo de terapia antirretroviral) serão coletados do seu prontuário logo após a entrevista.

O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente quarenta minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os

questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá oferecer subsídios para melhoria na assistência do profissional de saúde e, logo, ações poderão ser implementadas no plano de cuidados de maneira a possibilitar melhora na qualidade de vida desses pacientes.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Aliny Cristini Pereira

Contato telefônico: (14) 98165-7449

E-mail: alinycristini@yahoo.com.br

Local e data:

Nome do Pesquisador
Pesquisador

Assinatura do

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Apêndice 2 – Questionário para avaliação dos dados sociodemográficos

Identificação	_____
Idade	_____ anos
Sexo	() Feminino () Masculino
Raça/Cor	() Branco () Preto () Amarelo () Pardo () Indígena () Ignorado
Estado civil	() Solteiro () Casado () Vive com companheiro (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a)
Renda familiar	() Menos de um salário mínimo () Um salários mínimo () Dois salários mínimos () Mais de dois salários mínimos
Escolaridade	() Analfabeto () Ensino infantil incompleto () Ensino infantil completo (terminou o quarto ano) () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo (terminou o nono ano) () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo (terminou o terceiro ano) () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós- graduação
Ocupação	() Desempregado () Aposentado () Afastado pelo INSS devido à

	() Empregado
--	---------------

Apêndice 3 – Questionário para avaliação dos dados clínicos

Contagem de LT-CD4+	<input type="checkbox"/> ≤ 200 células/mm ³ <input type="checkbox"/> 201 – 350 células/mm ³ <input type="checkbox"/> 351 – 500 células/mm ³ <input type="checkbox"/> > 500 células/mm ³
Estágio clínico da infecção	<input type="checkbox"/> 1ª fase – infecção aguda <input type="checkbox"/> 2ª fase – assintomática <input type="checkbox"/> 3ª fase – sintomática inicial <input type="checkbox"/> 4ª fase – aids
Tipo de terapia Antirretroviral	<input type="checkbox"/> Primeira linha de tratamento (TDF + 3TC + EFV*) <input type="checkbox"/> Segunda linha de tratamento (2 ITRN + IP/r) <input type="checkbox"/> Terapia antirretroviral em situações especiais
Início do tratamento Antirretroviral	_____ meses

10 ANEXOS

Anexo 1 – Parecer consubstanciado do CEP

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM

Pesquisador: ALINY CRISTINI PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62745716.1.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.946.187

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo correlacional, observacional, de corte transversal e de caráter quantitativo voltado a prevalência da dor em pessoas que vivem com HIV e AIDS e a existência de relação entre dor, depressão e qualidade de vida nessas pessoas. Para obtenção dos dados fará uso de dados do prontuário e questionários.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: analisar a prevalência de dor em pessoas que vivem com HIV e aids (PVHA) que são atendidas em um serviço de atendimento especializado de uma cidade do interior do estado de São Paulo e sua relação com depressão e qualidade de vida (QV). E, como específicos: (1)identificar as características sociodemográficas e clínicas de PVHA;(2) avaliar a prevalência de dor e suas características;(3) identificar sintomas depressivos nas PVHA;(4)identificar os níveis de qualidade de vida em PVHA;(5)comparar as características sociodemográficas, clínicas, depressão e QV nos PVHA com dor em relação aos PVHA sem dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em termos de risco, não identificam risco imediato, porém consideram a possibilidade de um risco subjetivo diante de algumas perguntas que podem vir a rememorar fatos e gerar desconforto, além de possibilidade de leve cansaço diante da coleta de dados. Assumem atender o desejo da

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.946.187

pessoa entrevistada em termos de transferir a entrevista ou suspendê-la.
Em relação aos benefícios sinalizam as contribuições à prática assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão em consonância com as recomendações deste Comitê.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante dos documentos apresentados o estudo atende aos preceitos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendo aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_831438.pdf	01/02/2017 15:48:48		Aceito
Outros	Resposta_ao_parecerista.docx	01/02/2017 15:48:19	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Aliny_Cristini_Pereira.docx	01/02/2017 15:46:36	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_mestrado_Aliny_Cristini_Pereira.docx	01/02/2017 15:46:14	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aliny_Cristini_Pereira.docx	01/02/2017 15:45:43	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_projeto_Aliny_Cristini_Pereira.pdf	25/11/2016 19:59:51	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0001.pdf	25/11/2016 19:46:14	ALINY CRISTINI PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo 2 – Autorização do local da pesquisa



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua São Joaquim, 1233 – São Carlos-SP
CEP: 13560-300 - Fone (16) 3362-1350

PARECER N° 107/2016

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa de Mestrado no Departamento de Enfermagem da UFSCAR e intitulado: “*Dor, Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas que vivem com HIV/AIDS*”, a ser realizado pesquisadora Aliny Cristini Pereira e orientada pelo Profa Dra Priscilla Hortense com o objetivo geral de analisar a prevalência de dor em PVHA que são atendidas em um serviço de atendimento especializado de uma cidade do interior do Estado de São Paulo e sua relação com depressão e QV..

A metodologia proposta apresenta grau baixo aos participantes uma vez que será feito um estudo descritivo correlacional, observacional, de corte transversal e de caráter quantitativo para verificar a prevalência da dor em PVHA e a existência de relação entre dor, depressão e QV em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, sob a supervisão de sua orientadora, porém vale ressaltar o risco do desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento; bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se perceba riscos ou danos a sua pessoa, não previstos no TCLE.

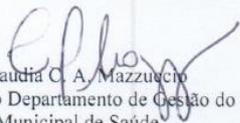
Os pesquisadores deverão garantir confidencialidade e privacidade dos dados, preservação do anonimato dos profissionais e das equipes, postura ética e empática, explicitando os objetivos e finalidade deste estudo.

Os dados coletados deverão ser única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, para fins estatísticos, científicos, sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- O Projeto apresentado será realizado no SAE –Serviço de Atendimento Especializado, de um município do interior do Estado de São Paulo, mas a atividade proposta não pode acarretar nenhum prejuízo ao serviço neste município;
- A coleta de dados será realizada pela pesquisadora, sem qualquer ônus para o serviço;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 09 de Novembro de 2016.


Claudia C. A. Mazzucchi
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde
São Carlos-SP

Recebido em 23/11/17





Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Rua S. Joaquim, 1233 – São Carlos – SP
CEP: 13560 - 300 – Fone (16) 3362-1350

TERMO DE COMPROMISSO

Nome: Aliny Cristini Pereira
Departamento de Enfermagem da UFSCAR

Declaro ter ciência das considerações contidas no Parecer 107/2016 e me comprometo após a conclusão do Projeto entregar uma cópia dos resultados obtidos para que possam socializar com os demais profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para qualificação dos serviços, do cuidado e ampliação do trabalho em rede.

São Carlos, 09 de Novembro de 2016.

Assinatura

Anexo 3 – Autorização de uso do instrumento Brief Pain Inventory (BPI)

Assunto: Re: Autorização para uso do Brief Pain Inventory

De: karine.leao.ferreira@gmail.com
Para: alinycristini@yahoo.com.br
Cc: karine.leao@icesp.org.br
Data: segunda-feira, 17 de outubro de 2016 05:32:55 BRST

Ola Aliny,
Autorizo uso e desejo sucesso no projeto.
Att. Karine.

Sent from my iPhone

On 16 de out de 2016, at 23:42, Aliny Cristini Pereira <alinycristini@yahoo.com.br> wrote:

Karine, boa noite

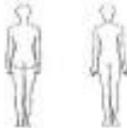
Sou Aliny Cristini Pereira, realizo mestrado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob orientação da Profª Drª Priscilla Hortense, sendo o título do meu projeto "DOR, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS". Mediante a isso, para mensuração da dor achei extremamente pertinente o Brief Pain Inventory, a qual foi validada por você em nosso país, dessa forma peço autorização para uso em meu estudo. Caso queira saber mais sobre o projeto, estou a disposição. Desde já agradeço e aguardo um retorno.

Att

Aliny Cristini Pereira

Anexo 4 – Instrumento Brief Pain Inventory (BPI)

Inventário breve de dor (BPI)

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaléia, dor de dente). Você teve hoje, dor diferente dessas? 1.Sim 2.Não.....													
2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.													
													
3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.													
Sem dor	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.													
Sem dor	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
5) Circule o número que melhor descreve a média de sua dor.													
Sem dor	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
6) Circule o número que mostra quanta dor ocorre agora.													
Sem dor	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
7) Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?													
8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade de melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações. Circule a porcentagem que melhor demonstra o alívio que você obteve.													
Sem alívio	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0%</td><td style="width: 20px;">10%</td><td style="width: 20px;">20%</td><td style="width: 20px;">30%</td><td style="width: 20px;">40%</td><td style="width: 20px;">50%</td><td style="width: 20px;">60%</td><td style="width: 20px;">70%</td><td style="width: 20px;">80%</td><td style="width: 20px;">90%</td><td style="width: 20px;">100%</td> </tr> </table>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	alívio completo
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%			
9) Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:													
Atividade geral	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Humor	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Habilidade de caminhar	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Trabalho	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Relacionamento com outras pessoas	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Sono	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											
Apreciar a vida	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Não interferiu		interferiu completamente											

Anexo 5 – Autorização do instrumento Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Assunto: Re: Autorização de uso ^_PHQ^_-^_9^_

De: tyagomunhoz@hotmail.com

Para: alinycristini@yahoo.com.br

Data: segunda-feira, 10 de outubro de 2016 11:41:56 BRT

Bom dia

Aliny, muito obrigado pelo contato. O instrumento é de livre acesso. Você pode usar, sem problema.

Por favor, inclua a referência da validação brasileira no seu artigo/dissertação e siga as instruções que estão no artigo - bem como da versão do questionário.

Atenciosamente,

Tiago

Em 10/10/2016 00:52, Aliny Cristini Pereira escreveu:

Prezado Tiago, boa noite.

Sou Aliny Cristini Pereira, realizo mestrado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob orientação da Profª Drª Priscilla Hortense, sendo o título do meu projeto "DOR, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS". Mediante a isso, para mensuração da presença de sintomas depressivos achei extremamente pertinente PHQ-9, a qual foi validada por você em nosso país, dessa forma peço autorização para uso em meu estudo. Caso queira saber mais sobre o projeto, estou a disposição. Desde já agradeço e aguardo um retorno.

Att

Aliny Cristini Pereira

Anexo 6 – Instrumento Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Figura 1

Versão em português do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), extraída e modificada de Fraguas Jr. et al. ¹⁴.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
<p>1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <p>(0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade</p>

Anexo 7 – Autorização do instrument HIV/Aids Targeted Quality of Life (HAT-QoL)

Assunto: Re: Utilização do instrumento ^_HAT^_-^_QoL^_

De: patricia.soarez@usp.br
Para: alinycristini@yahoo.com.br
Data: quinta-feira, 23 de junho de 2016 14:26:44 BRT

Olá Aliny,

Obrigada pelo e-mail e contato. Você precisa solicitar a autorização do autor do questionário, Prof. William C. Holmes.

Cordialmente,

Patrícia Coelho de Soárez, MPH, PhD
Professora Doutora
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

Em 23 de junho de 2016 11:38, Aliny Cristini Pereira <alinycristini@yahoo.com.br> escreveu:

Patrícia, bom dia

Eu me chamo Aliny Cristini Pereira e estou desenvolvendo um projeto de mestrado na Universidade Federal de São Carlos intitulado "DOR E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS", sob orientação da Profª Drª Priscilla Hortense.

Dessa forma, venho por meio deste pedir sua autorização para utilizar o instrumento HAT-QoL que você validou no Brasil, para mensuração da qualidade de vida dos pacientes que vivem com HIV/aids. Fico disponível caso queira saber mais sobre o projeto. Desde já agradeço e aguardo uma resposta.

Atenciosamente
Aliny Cristini Pereira

Não obtive sucesso em contactar com Prof. William C. Holmes, dessa forma escrevi para o co-autor Judy Shea.

Assunto: RE: Permission to use the ^_HAT^_^_QoL^_ instrument

De: sheaja@mail.med.upenn.edu

Para: alinycristini@yahoo.com.br

Data: quinta-feira, 13 de outubro de 2016 11:56:16 BRT

Sure – have fun. Judy

From: Aliny Cristini Pereira [mailto:alinycristini@yahoo.com.br]
Sent: Tuesday, October 04, 2016 7:05 PM
To: sheaja@mail.med.upenn.edu
Subject: Permission to use the HAT-QoL instrument

Hello Mr. Shea

I'm Aliny Cristini Pereira, a graduated nurse from University of São Paulo in Brazil and now I'm developing a master's degree project called "PAIN AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS LIVING WITH HIV/AIDS" oriented by Ph.D. Priscilla Hortense at University of São Carlos. Thus, I come hereby you request permission to use the Brazilian version of the HAT-QoL scale validated in Brazil by Patricia Soarez & Col, to measure the quality of life for patients interviewed in my study. Thank you in advance and I look forward to your reply

Best regards.

Aliny Cristini Pereira

Anexo 8 – Instrumento HIV/Aids Targeted Quality of Life (HAT-QoL)

HAT-QoL _Versão português_Brasil (autoria)

Para cada item, indicar apenas uma alternativa, fazendo um "X" na opção apropriada, de acordo com o que você fez na situação de cada pergunta.

	Domínio 1: Função geral	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.*					
2	Nas últimas 4 semanas, senti-me "fisicamente					

	limitado” para realizar tarefas domésticas de rotina.					
3	Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo.					
4	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.					
5	Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho.					
6	Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais.					
Domínio 2: Satisfação com a vida		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida. *					
2	Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida.*					
3	Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o					

	meu nível de atividades sociais.*					
4	Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável.*					
Domínio 3: Preocupações com a saúde		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde.					
2	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4.					
3	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral.					
4	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria.					
Domínio 4: Preocupações financeiras		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada.					
2	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se					

terei como pagar as minhas contas.					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

3	Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto.					
Domínio 5: Preocupações com a medicação		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso.					
2	Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal.					
3	Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis.					
4	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo.					
5	Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios.					
Domínio 6: Aceitação do HIV		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo

1	Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV.					
2	Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado.					
Domínio 7: Preocupação com o sigilo		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo.					
2	Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV.					
3	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV.					
4	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV.					
5	Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de					

	perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV.					
	Domínio 8: Confiança no médico	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade.*					
2	Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento.*					
3	Nas últimas 4 semanas, senti que meu médicos se importa comigo.*					

Domínio 9: Atividade sexual		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado.					
2	Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo.					