

## Dor crônica associada à AIDS: perspectiva de enfermeiros e médicos

*Chronic pain related to AIDS: perspective of nurses and doctors*  
*Dolor crónico asociado con el SIDA: perspectiva de enfermeros e médicos*

**Roberta Meneses Oliveira<sup>1</sup>, Lucilane Maria Sales da Silva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza-CE, Brasil.

**Submissão:** 03-04-2012    **Aprovação:** 10-12-2013

### RESUMO

Objetivou-se identificar as características e o manejo da dor crônica associada à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) na perspectiva de enfermeiros e médicos. Estudo qualitativo realizado em hospital de referência de Fortaleza-CE, Brasil, com 20 profissionais. Aplicou-se entrevista semiestruturada e os discursos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, emergindo três categorias: Caracterização da dor; Avaliação clínica da dor; e Cuidado Clínico da dor. Encontrou-se que a dor na AIDS manifesta-se como persistente, incapacitante e de difícil controle, sendo seu manejo baseado na identificação acurada dos fatores causais e na implementação do tratamento farmacológico e não farmacológico prestado pela equipe interdisciplinar. O estudo traz dados relevantes sobre a dor em pacientes com AIDS hospitalizados, demonstrando a necessidade de repensar o modelo gerencial de cuidado para promover intervenções de maior eficácia analgésica e de aprimorar o atendimento interdisciplinar à dor para sua melhor avaliação e tratamento.

**Descritores:** Enfermagem; Dor; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Pessoal de Saúde.

### ABSTRACT

The objective was to identify the features and the management of chronic pain associated to Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) from the perspective of nurses and doctors. Qualitative study conducted at a reference hospital in Fortaleza-CE, Brazil, with 20 professionals. It was applied semi-structured interview and the speeches were analyzed using content analysis of Bardin, emerging three categories: Characterization of pain, Clinical evaluation of pain and Clinical care of pain. It was found that pain in AIDS manifests itself as persistent, disabling, with difficult control, and its management based on accurate identification of the causal factors and on implementation of pharmacological and non pharmacological treatment offered by the interdisciplinary team. The study provides relevant data on pain in AIDS patients, demonstrating the need to rethink the model of care management interventions to promote greater efficacy of analgesia and to improve interdisciplinary approach to pain for better pain evaluation and treatment.

**Key words:** Nursing; Pain; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Health Personnel.

### RESUMEN

El objetivo fue identificar las características e el tratamiento del dolor crónico asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en la perspectiva de enfermeros y médicos. Estudio cualitativo realizado en hospital de referencia en Fortaleza-CE, Brasil, con 20 profesionales. Se aplicó entrevista semi-estructurada y los discursos fueron analizados utilizando análisis de contenido de Bardin, surgiendo tres categorías: Caracterización del dolor, Evaluación clínica del dolor y Cuidado clínico del dolor. Se encontró que el dolor en SIDA es persistente, incapacitante y difícil de controlar, su gestión es basada en la identificación precisa de los factores causales y en la aplicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico prestado por equipo interdisciplinario. El estudio aporta datos relevantes sobre dolor en pacientes con SIDA, que demuestra la necesidad de repensar el modelo de gestión de cuidado para promover mayor eficacia analgésica y mejorar el enfoque interdisciplinario al dolor para mejor evaluación y tratamiento.

**Palabras clave:** Enfermería; Dolor; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Personal de Salud.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Roberta Meneses Oliveira    E-mail: menesesroberta@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Em todos os níveis de atenção em que são acolhidos pacientes com imunodeficiência adquirida (HIV), os profissionais de saúde e a comunidade científica têm sido desafiados para o adequado manejo dos sintomas persistentes relatados pelos portadores da doença, principalmente os hospitalizados.

A dor é um desses sintomas, sendo o seu surgimento associado às alterações do sistema imunitário do indivíduo afetado pelo HIV, às infecções e às malignidades; sendo considerada, portanto, uma das sequelas mais comuns geradas da imunossupressão<sup>(1)</sup>. O predomínio desta dor varia dependendo do estágio da doença, dos cuidados e da metodologia de tratamento. Naqueles com a doença instalada (AIDS), os princípios de determinação e de tratamento da dor não são diferentes daqueles em pacientes com câncer, havendo aumento da dor conforme a doença progride<sup>(1)</sup>.

Isto tem levado a uma dificuldade de controle dessa dor, geralmente atribuída aos complexos regimes antirretrovirais, aos riscos mais elevados de efeitos colaterais, às taxas mais altas de comorbidades psiquiátricas e ao abuso de substâncias por parte dos portadores da doença<sup>(2)</sup>.

Apesar dos avanços nas diversas áreas de conhecimento relacionadas à dor (epidemiologia, fisiopatologia e terapêuticas), os resultados dos tratamentos ainda são insatisfatórios. Nos casos de dor crônica associada à AIDS, o problema é mais agravante, pois há grande interação negativa de drogas utilizadas para analgesia e os medicamentos antirretrovirais, dificultando o tratamento dos sintomas álgicos nessa clientela; há maior incidência de efeitos colaterais de medicações; há maior subtratamento de dor na AIDS do que no câncer: 85% e 49%, respectivamente; e há pior escala de bem-estar emocional em relação a qualquer doença crônica, independente do estágio da doença, exceto a depressão primária<sup>(3)</sup>.

Por conseguinte, a dor crônica acarreta inúmeros prejuízos humanos, ocupacionais e laborais aos portadores da AIDS, fazendo com que busquem auxílio nas unidades de referência, principalmente se a dor está associada a grande sofrimento, tortura e incapacidade<sup>(4)</sup>.

Este estudo objetivou identificar as características e o manejo da dor crônica associada à AIDS na perspectiva de enfermeiros e médicos. Por tratar-se de temática pouco abordada na literatura e no cotidiano da assistência dos diferentes serviços que atendem às pessoas com HIV/AIDS, o estudo permite identificação, avaliação e tratamento das queixas dolorosas dos pacientes hospitalizados e elaboração de políticas públicas que desenvolvam a gerência do cuidado à dor.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada em instituição de nível terciário considerada referência no tratamento de doenças infecciosas no Ceará, atendendo, atualmente, cerca de 70% dos casos de HIV/AIDS do estado. Sua estrutura física compreende 118 leitos de unidades de internação, uma unidade de Terapia Intensiva com sete leitos, um Hospital Dia com sete leitos e um Serviço Ambulatorial Especializado para

portadores do HIV/AIDS, com 748 profissionais da equipe multidisciplinar em atendimento diário, incluindo: médicos infectologistas, ginecologistas, dermatologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, auxiliares / técnicos de enfermagem e atendente dental.

Participaram da pesquisa 20 profissionais de saúde, incluindo oito médicos e 12 enfermeiros, no mês de junho de 2010. Elegeram-se médicos e enfermeiros como aqueles diretamente responsáveis pelo gerenciamento do cuidado: os primeiros por estabelecerem a terapêutica a ser instituída e responsabilizar-se, eticamente, pelo tratamento do paciente; e os enfermeiros, por serem profissionais implicados no cuidado ao paciente nas 24 horas, sem interrupção, assistindo-o em suas necessidades biopsicossociais, intervindo e viabilizando, sempre que necessário, a realização de exames e procedimentos com vistas à recuperação do paciente.

Para a inserção dos sujeitos no estudo, considerou-se o tempo de atuação no hospital de, pelo menos, um ano; pois se acredita que este período permite aos médicos e enfermeiros desenvolverem maior proximidade com os clientes soropositivos ao HIV devido ao maior quantitativo desta clientela. Por sua vez, o quantitativo de participantes foi limitado pela saturação teórica dos dados.

Na coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada constando de duas partes: dados de identificação (categoria profissional; idade; sexo; vínculo empregatício; unidade em que trabalha; tempo de formado; tempo de serviço na instituição); dados sobre a dor do paciente com HIV/AIDS: experiência em atender portadores da doença com queixas de dor; principais queixas de dor na clientela de AIDS; fatores associados ao aparecimento de dor nos pacientes; existência de protocolos formais ou informais na instituição para avaliação da dor; método de manejo da dor crônica associada à AIDS na instituição; ações de cuidado que executada ao paciente com AIDS no cotidiano consideradas específicas para o tratamento da dor; e dificuldades e facilidades para o atendimento da dor crônica em pacientes de AIDS.

Para análise dos resultados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin<sup>(5)</sup>, definindo-se, como unidade de registro (UR), a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. Para garantir o anonimato dos participantes, médicos foram codificados com a letra 'M' e enfermeiros com a letra 'E', seguida de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

Ressalta-se que, no decorrer da pesquisa, foram respeitadas as diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Inclui-se a aprovação pelo Comitê de Ética da instituição na qual o estudo foi desenvolvido (Parecer nº063/2009), bem como a obtenção, anteriormente ao início da entrevista, do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de profissionais, predominantemente, do sexo feminino, enfermeiras, concursadas da

**Tabela 1** - Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências sobre o manejo da dor crônica associada à AIDS por enfermeiros e médicos. Fortaleza-CE, junho de 2010. N = 51.

Categorias (codificação)	f (%)	Subcategorias (codificação)	f (%)
1. Caracterização da dor (CD)	13 (25,5)	1.1. Sintoma persistente e incapacitante (CDSPI)	6 (11,8)
		1.2. Dependência química (CDDQ)	4 (7,8)
		1.3. Difícil controle (CDDC)	3 (5,9)
2. Avaliação clínica da dor (ACD)	7 (13,7)	2.1. Investigação dos fatores associados (ACDIFA)	4 (7,8)
		2.2. Avaliação comportamental/ credibilidade ao relato verbal (ACDACCRV)	3 (5,9)
3. Cuidado clínico da dor (CCD)	31 (60,8)	3.1. Tratamento farmacológico (CCDTF)	18 (35,3)
		3.2. Atendimento interdisciplinar (CCDAI)	8 (15,7)
		3.3. Suporte psicossocial (CCDSP)	5 (9,8)

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), com faixa etária média de 44 ( $\pm$  16) anos. A maioria desempenhava assistência ao paciente nas unidades de internação do hospital, com tempo de formação profissional superior a 21 anos e tempo médio de serviço na instituição de dez anos, dados que retratam um perfil de profissionais experientes na área de atuação.

Por meio dos dados obtidos da fundamentação teórica, deu-se a interpretação e propostas aos objetivos do estudo, sendo apreendidas 51 unidades de registro (UR) nos discursos dos 20 profissionais entrevistados. Estas foram distribuídas em três categorias e oito subcategorias conforme se apresenta, a seguir, na Tabela 1.

### A. Caracterização da dor

Esta categoria abrange 13 unidades de registro (UR) em três subcategorias, nas quais são descritas características específicas do quadro doloroso crônico associado à AIDS.

#### **Sintoma persistente e incapacitante**

Os discursos, a seguir, expõem a percepção dos profissionais sobre a dor crônica no paciente com AIDS, de caráter persistente e incapacitante:

*...muitas vezes eles continuam com sintomas! (E4)*

*Às vezes, são pacientes muito debilitados, acamados... (M3)*

*Geralmente todos referem dor! A maioria são dores generalizadas... (E9)*

*...tem uns que não querem mais fazer fisioterapia, porque sentem dor até ao manuseio... (E11)*

Os aspectos encontrados nas falas dos entrevistados da subcategoria 1.1 convergem com as evidências científicas<sup>(6)</sup> de que, embora presente em todos os estágios da doença, a dor no paciente com AIDS está associada à severidade e à

gravidade da doença, o que inclui incapacidade para realizar atividades diárias e depressão em alguns casos. Além disso, a cronicidade da dor é fortemente associada à doença psiquiátrica e uso de drogas endovenosas.

Nos casos em que se identificam os prejuízos gerados pela dor ao paciente, é importante que os profissionais da equipe interdisciplinar estejam atentos à abordagem individualizada, levando em consideração aspectos implicados no seguimento adequado do tratamento, como capacidade funcional, nível de orientação e capacidade de comunicação.

Além disso, a dor crônica, nesses pacientes, requer manejo diferente daquele da dor aguda, pois, além de persistente, afeta humor, status funcional, relacionamentos e qualidade de vida. Assim, deve-se reestruturar o modelo de gerenciamento do cuidado ao paciente hospitalizado, aprimorar os recursos organizacionais, materiais e humanos atuantes, capacitando-os para a avaliação da dor como rotina e para a cultura de análises e registros acurados desse sintoma, para que terapêuticas sejam melhor implementadas e garantam satisfação analgésica ao paciente<sup>(7)</sup>.

#### **Dependência Química**

Encontraram-se quatro UR em que os profissionais ressaltaram a dependência química e do analgésico como intrinsecamente relacionada aos pacientes com AIDS em vigência de dor crônica. Tal afirmativa é exemplificada nas falas a seguir:

*...nos usuários de drogas, é difícil a gente desmamar do respirador, tirar a sedação e tirar a analgesia, porque ele tem uma dependência! (E5)*

*...tem alguns que ficam viciados, que não querem o analgésico prescrito se necessário, aí ele (o analgésico) fica de horário! (E9)*

Muitos médicos ainda relutam em prescrever morfina ou outros opióides acreditando que os pacientes ficam viciados, conforme se verifica no discurso:

*Eu pouco uso Dolantina, porque tem uma dependência muito grande do paciente! (M5)*

Na subcategoria 1.2, abordou-se a dependência química como um dos aspectos relacionados ao subtratamento da dor em pacientes com AIDS. Este subtratamento envolve conhecimento e atitudes dos profissionais que manejam esta dor e características específicas dos pacientes que a apresentam.

Em amostra representativa de pessoas portadoras do HIV, comprovou-se que pacientes com história de uso de drogas relatam mais dor e estão mais susceptíveis ao uso indiscriminado de analgésicos bem como à necessidade de prescrição, quando internados, de analgésicos mais potentes para o alívio da dor. Além disso, usuários de drogas permanecem com altos níveis de dor mesmo fazendo uso de doses elevadas de opióides, caracterizando um quadro de ineficácia analgésica, quando comparados aos não usuários de drogas, que respondem mais adequadamente ao efeito dos opióides<sup>(6)</sup>.

No entanto, negando estes medicamentos aos pacientes, considerados analgésicos potentes, os médicos podem ser responsáveis por um sofrimento desnecessário. Se os opióides forem administrados corretamente por profissionais de saúde capacitados, não existe o problema do vício. Para tanto, faz-se necessário que tais medicamentos estejam amplamente acessíveis aos pacientes com dores muito fortes e constantes e que os profissionais sejam habilitados para saber como e quando usá-los<sup>(7)</sup>.

Cabe salientar que o fato do tratamento medicamentoso ser um aspecto importante no cuidado a esses pacientes, por trazer o conforto imediato no âmbito fisiológico, não se deve deixar de visualizar as questões subjetivas que envolvem a experiência dolorosa.

### **Difícil controle**

Esta subcategoria abrange três UR sobre características apresentadas pelos pacientes que tornam difícil a abordagem e o manejo dos sintomas por eles apresentados.

*Algumas vezes você tem paciente com dores de difícil controle. (Nesses casos), você tem mais dificuldades em função da própria resposta do paciente, da necessidade de medicações mais potentes né? (M5)*

*...como a gente pega paciente já em estágio avançado da doença, muitas vezes é difícil o controle desse sintoma (dor)...(E8)*

Os discursos evidenciaram que, apesar do número crescente de pacientes com AIDS e sintomas de dor crônica, o sub-reconhecimento e o subtratamento desta permanecem um desafio, configurando-se num problema significativo que contribui a morbidade psicológica e funcional dos portadores, principalmente daqueles socioeconomicamente desfavorecidos, com HIV e altas taxas de uso prévio ou concomitante de drogas ilícitas<sup>(10)</sup>.

Tal achado pode ser justificado pelo fato da entrada do sujeito soropositivo ao HIV no cenário de cuidado ter ocorrido, muitas das vezes, sem a devida preparação e capacitação do

profissional, especialmente na década de 80 e início de 90. Em particular, tem sido divulgado que o profissional de enfermagem deparou-se com a inserção do paciente soropositivo ao HIV em sua prática profissional sem que conhecesse e compreendesse suas peculiaridades, o que se coloca como primordial para a efetivação do cuidado singular<sup>(11)</sup>. Desse modo, sem conhecer as especificidades da doença, do vírus e do próprio paciente, o profissional de enfermagem (da mesma forma que outras categorias profissionais) o recebe imerso em representações.

Ressalta-se que cabe aos gestores incrementar políticas públicas direcionadas para o atendimento à dor nos diversos cenários da saúde. Nesse pensamento, podem ser elaboradas estratégias para minimizar os problemas advindos do sistema, em geral, despreparado para esse tipo de atendimento, tanto no tocante à estrutura quanto à melhor qualificação dos recursos humanos.

### **B. Avaliação Clínica da Dor**

Esta categoria abrange sete UR sobre a forma como os profissionais relataram avaliar a dor na prática clínica.

#### **Investigação dos fatores associados**

Nos discursos apresentados, observam-se aspectos relevantes para a caracterização da dor em pacientes com AIDS, relacionados a seu aparecimento e severidade.

*...você procura ver a dor dentro do contexto da clínica que o paciente apresenta, não vê como sintoma isolado né? (M5)*

*A gente tem que investigar se tá relacionado à terapia antirretroviral ... (M6)*

*...nos pacientes que apresentam dor, esta geralmente está associada a uma patologia/infecção oportunista...(M5)*

Verifica-se que os profissionais demonstraram conhecimento e percepção aproximados ao que se considera pertinente à adequada avaliação da dor na AIDS. Sabe-se que a experiência dolorosa é evento amplo, não se resumindo apenas à intensidade; as características da dor devem ser, portanto, avaliadas quanto ao início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes<sup>(12)</sup>.

Ademais, chama-se a atenção para a inexistência de pesquisas que abordem a ocorrência e os fatores de risco relacionados à dor em indivíduos infectados pelo HIV. Dessa forma, sugeriu-se que médicos e enfermeiros precisam avaliar os pacientes quanto à ocorrência concomitante de outros sintomas associados à dor, possibilitando estabelecer um plano terapêutico apropriado<sup>(13)</sup>.

#### **Avaliação comportamental/credibilidade ao relato verbal**

Três UR destacaram a necessidade de avaliação comportamental do paciente para o manejo clínico da dor. O discurso a seguir é um exemplo desse achado:

*Você observa a dor pela expressão facial... (E3)*

O relato da experiência dolorosa pelo doente aos profissionais da saúde também é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. Sobre este aspecto, observa-se a preocupação da enfermeira:

*Sempre que eles falam que tem dor, você tem que acreditar e levar em consideração o que ele tá sentindo! (E3)*

O processo de cuidar deve envolver interações subjetivas entre profissional e usuário. Nesse contexto, considera-se que a enfermeira (E3), em seu relato, conseguiu demonstrar sensibilidade ao relatar uma perspectiva de interação enfermeiro-paciente para além do biológico. Este componente da avaliação comportamental da dor é bastante discutido em diversos estudos, como já destacaram alguns autores sobre a importância de observar reações fisiológicas e comportamentais da dor (expressão facial, inquietação, ansiedade, irritabilidade, entre outros)<sup>(14)</sup>.

Reforçando a necessidade de dar credibilidade ao relato verbal, destaca-se a importância da equipe de enfermagem estar atenta às queixas do paciente, pois a dor corporal é o que o paciente afirma estar sentindo, sendo o seu relato a mais acurada e real evidência de dor e descrição de sua intensidade. Desse modo, é clara a necessidade de avaliar a dor levando em consideração o relato do doente como parte essencial do cuidado<sup>(15)</sup>.

Os profissionais também ressaltaram a inexistência de protocolos que permitissem o manejo adequado da dor na instituição. Apesar disso, cabe ressaltar que são inúmeros os instrumentos uni e multidimensionais específicos para avaliação da dor disponíveis na prática, tais como a escala visual analógica, a escala verbal numérica e o questionário McGill, que poderiam ser implementados na instituição, facilitando o manejo desse sintoma.

### **C. Cuidado Clínico da Dor**

Esta categoria reúne a maioria (60,8%) das UR encontradas nas falas dos profissionais, que identificam como eles manejam o paciente com AIDS em situação de dor.

#### **Tratamento farmacológico**

A maioria das unidades de registro da categoria 3 (18 UR) foram aglutinadas nesta subcategoria, demonstrando a ênfase dada à terapia farmacológica no tratamento do paciente com AIDS na instituição, o que se pode constatar na análise dos discursos a seguir:

*Em termos de intervenção, só a analgesia medicamentosa a gente tem acesso na prescrição! (E5)*

*...basicamente, o que a gente tem feito é analgésico! O analgésico de uso agudo né? (M4)*

*...ele (o paciente) é atendido com medicamento analgésico, pra dormir, pra ele relaxar... (E10)*

*...quando esse paciente não tem uma causa estabelecida bem óbvia pro quadro de dor, normalmente esse*

*manejo tem sido realizado só com medicação analgésica e raramente*

*se lança mão de outra forma de analgesia, como fisioterapia... (M7)*

Conforme se verifica nos discursos, os medicamentos permanecem fortes aliados no tratamento da dor e, especificamente no cuidado aos portadores da AIDS, os profissionais entrevistados demonstraram privilegiar a analgesia em detrimento de diversos tratamentos alternativos que poderiam influenciar no alívio da dor e do desconforto.

Por sua vez, são inúmeros os estudos que valorizam os princípios básicos do tratamento farmacológico da dor em pacientes com AIDS, fazendo com que os profissionais priorizem essa abordagem na prescrição do cuidado. Os princípios desse tratamento envolvem cuidadosa titulação de opióides e adjuvantes analgésicos, além da administração programada (de horário) combinada com doses se necessário<sup>(1,3)</sup>. Por tais razões, o tratamento da dor na AIDS é baseado na pirâmide analgésica para o tratamento da dor no câncer<sup>(1,3,16)</sup>.

#### **Atendimento Interdisciplinar**

Gerenciar o cuidado envolve atitudes interdisciplinares dos profissionais, bem como a preocupação destes com a qualidade do serviço que estão prestando, com a satisfação do usuário e com as estratégias implementadas para fornecer o cuidado. Sobre esse aspecto, encontraram-se oito UR em que os profissionais enfatizaram a participação de outros membros da equipe de saúde no manejo da dor, conforme evidenciado na fala a seguir:

*...a presença de uma equipe que trabalhe em conjunto pra tentar resolver esse problema, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, a gente tem aqui! (M1)*

*O manejo da dor crônica, aqui no hospital, é feito através do esquema de medicação específica pra dor mais o apoio do psicólogo e com a intervenção da família...(E10)*

O programa de atendimento domiciliar também tem recebido destaque no atendimento interdisciplinar ao portador da AIDS:

*...o programa de atendimento domiciliar exerce um papel fundamental no tratamento desse paciente! (E1)*

Os discursos demonstraram a importância da equipe interdisciplinar no cuidado ao paciente. Tanto no serviço hospitalar como no extra-hospitalar, o corpo clínico para atender os casos de dor deve ser composto por anestesista, neurologista, fisiatra, médico acupunturista, fisioterapeuta, psicólogo e enfermeiro. Estes são os profissionais da área da saúde mais requisitados no cotidiano do serviço de dor crônica<sup>(17)</sup>.

Na mesma subcategoria, o depoimento de uma enfermeira (E10) esclareceu como é realizado o manejo da dor na instituição, ressaltando a participação da psicologia e da família.

Corroborando o depoimento, quando se trata das práticas de cuidado em relação à dor, sabe-se que, nas situações de dor e sofrimento, além do cuidado de tratá-la com medicamentos, fica explícita a necessidade da presença e carinho da família ou de pessoa significativa para o paciente, que se encontra em situação de fragilidade. Assim, o cuidado exige o compartilhamento de fatores e compromissos representados pela medicação, pelo chá, pelos procedimentos como o uso de massagens, calor e frio associadas à presença, ao carinho e ao afeto<sup>(18)</sup>.

Pautado na estratégia de tratamento de doenças agudas no domicílio, o programa de atendimento domiciliar foi citado por um enfermeiro (E1). Este se constitui como internação domiciliar não somente com caráter complementar à assistência hospitalar, mas também como alternativa a esta, com a desvantagem de não ter uma estrutura tão ágil para o atendimento, e com a vantagem de tratar sujeitos concretos, com nome e endereço. Acrescenta-se que estas iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos e humanização da assistência<sup>(9)</sup>.

A análise de sete experiências de cuidado domiciliar, em cinco municípios brasileiros, permitiu concluir que as equipes de terapia domiciliar para pacientes com AIDS dedicam-se intensamente ao trabalho, promovendo o resgate das pessoas, de suas relações com a vida, a aceitação da doença, a compreensão das perspectivas futuras e a autonomia no cuidado da própria saúde<sup>(19)</sup>.

### **Suporte psicossocial**

Nesta subcategoria, cinco UR descreveram um cuidado baseado no apoio psicossocial e na educação em saúde, buscando esclarecer as dúvidas do paciente e deixá-lo informado sobre a real situação do seu quadro clínico, como se pode verificar nos discursos:

*Outras ações é conscientizar o paciente né? Conversar, orientar o lado que ele deve dormir pra passar a dor, um exercício né?... (E10)*

*...a gente conversa com o paciente, tenta amenizar alguma coisa, mas não é nada formal, ou protocolado, é uma coisa informal! (E12)*

O discurso que se segue possibilita identificar a comunicação terapêutica estabelecida pelo profissional com o usuário, relatada por uma enfermeira:

*...muitas vezes, só em você chegar, conversar, ele vai relaxando... Muitas vezes é carência! (E9)*

Os relatos dos profissionais destacam o suporte psicossocial ao paciente com HIV/AIDS, evidenciando uma assistência baseada nos princípios da integralidade e da clínica ampliada. Nesta última, a terapêutica é importante e não se restringe somente a fármacos e à cirurgia. Há mais recursos terapêuticos do que esses, como valorizar o poder terapêutico

da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial<sup>(19)</sup>.

Propõe-se, dessa forma, a transformação da atenção tomando como centro as necessidades de saúde para a construção de linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência) e assegurem o acesso e a continuidade do cuidado<sup>(19)</sup>.

Em se tratando da associação entre AIDS e dor, acrescenta-se que, uma vez diagnosticada a doença, uma das primeiras providências consiste na avaliação psicológica do paciente, que deverá continuar sob a assistência psicossocial dentro da equipe interdisciplinar que o assiste<sup>(17)</sup>.

Ressalta-se que a dor, seja aguda ou crônica, acarreta inúmeros prejuízos à saúde pública, incluindo danos humanos, ocupacionais e laborais. Os prejuízos humanos envolvem desequilíbrios psíquicos e mentais apresentados pelos doentes, entre os quais se destacam a depressão, a ansiedade, as alterações do sono, a irritabilidade e a raiva; os prejuízos funcionais ocorrem tanto no social, quanto no lazer, no trabalho e na produtividade; já os prejuízos ocupacionais e laborais dizem respeito ao fato da dor ser um dos principais motivos de afastamento do trabalho, de absenteísmo, licenças, pecúlios, litígios e baixa produtividade<sup>(4)</sup>.

Corroborando o depoimento da entrevistada E9, divulga-se que os membros da equipe de enfermagem reconhecem a importância do diálogo com os pacientes hospitalizados a fim de encorajá-los na luta e continuidade do tratamento visando à melhora de sua qualidade de vida e à consequente alta hospitalar<sup>(11)</sup>.

Acrescenta-se que os enfermeiros podem lançar mão de técnicas de relaxamento e distração proporcionando ao paciente uma maior sensação de controle da dor. Tais técnicas são úteis quando se deseja executar um procedimento doloroso ou durante o período em que se espera pelo efeito analgésico de medicamentos administrados. O profissional pode, também, transmitir ao paciente que está ciente de sua dor e que deseja efetuar mudanças na assistência para minimizá-la.

Além disso, um plano de cuidados baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem pode ser elaborado e implementado com sucesso. Para tal, alguns autores refletem sobre a necessidade dos enfermeiros trabalharem no sentido de desenvolver estratégias capazes de mobilizar os portadores do HIV/AIDS para a adoção e manutenção de comportamento saudável e engajamento para o autocuidado<sup>(20)</sup>. Nos casos de dor, devem ser explorados aspectos como: intensidade, frequência, situações a interferir no aparecimento ou elevação de sua intensidade.

No que diz respeito aos prejuízos psíquicos, profissionais da área de cuidados paliativos buscam um projeto de reestruturação do atual manejo da dor, o que pode fortalecer as diversas redes de atenção e promover mudanças importantes para a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, os danos citados devem ser elucidados pelos profissionais responsáveis pelo cuidado direto ao paciente para que a assistência se torne mais individualizada e o alívio da dor um dos seus objetivos.

Faz-se necessário, para tanto, privilegiar a participação do usuário, da família e da comunidade no tratamento e conhecer as redes sociais de apoio do paciente para atuar junto com

o profissional de saúde. Assim, espera-se que os profissionais empreguem esta filosofia de trabalho em suas atividades assistenciais, pois se percebe que os pacientes bem orientados e que têm um suporte familiar/social conseguem melhor compreender a doença, aderir e responder, efetivamente, ao tratamento e às estratégias implementadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar as características e o manejo da dor crônica associada à AIDS na perspectiva de enfermeiros e médicos. Inicialmente, foi possível evidenciar as principais características da dor crônica associada à AIDS, incluindo seu caráter persistente e incapacitante, pois alguns pacientes tornam-se extremamente debilitados e dependentes do ponto de vista da capacidade funcional, acarretando em difícil controle por parte dos profissionais.

Quanto à avaliação do paciente, considerou-se a credibilidade ao relato verbal um achado importante que favorece a eficácia da terapêutica analgésica, pois o medicamento pode ser mais adequado à intensidade da dor relatada. No entanto, apesar dos inúmeros instrumentos de avaliação da dor validados e divulgados na prática clínica, estes não foram reconhecidos nem utilizados pelos profissionais de saúde na instituição em estudo. Percebeu-se, portanto, que o fato de não utilizarem tais instrumentos demonstra resultado preocupante que merece atenção dos profissionais inseridos no contexto da assistência ao HIV/AIDS.

Outro aspecto que chamou a atenção no manejo da dor relatado foi a ênfase dada à terapia farmacológica, conforme prescrita pelo médico. Esta reflete uma assistência à dor dos portadores do HIV/AIDS, que segue, predominantemente, o modelo biomédico de cuidado. Tal fato pode explicar a lacuna de conhecimento e a falta de experiência de alguns profissionais para executar um cuidado mais específico e individualizado nessas situações.

Por outro lado, no que diz respeito a diferentes formas de intervenção à dor, os profissionais enfatizaram a participação de outros membros da equipe de saúde, como fisioterapeutas e psicólogos. Além disso, diversos recursos terapêuticos emergiram nos discursos, como valorizar o poder terapêutico da escuta, da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Assim sendo, o cuidado à dor implementado pelos profissionais de saúde, no serviço de referência ao atendimento do paciente com AIDS do estado do Ceará, precisa se adaptar às mais recentes orientações científicas para esse cuidado. Isso inclui o uso de escalas unidimensionais e multidimensionais para a avaliação da dor, na busca de se conhecer os indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros e os protocolos para orientar o cuidado, gerando documentos para avaliação mais específica dos casos. Dessa forma, a dor nos pacientes com AIDS deve ser diagnosticada precocemente, visando ao alívio do quadro agudo e das repercussões desta para a vida afetiva, social e emocional dos portadores.

## REFERÊNCIAS

- Johnson A, Condon KD, Mapas-Dimaya AC, Scharager J, Grossberg R, Gonzalez R, 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.* 2012;8(1):17-27.
- Krashin DL, Merrill JO, Trescot AM. Opioids in the management of HIV-related pain. *Pain Physician.* 2012;15(3 Suppl):ES157-68.
- Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Epidemiologia da dor. In: Alves Neto O, organizador. *Dor: princípios e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2009. p.57-69.
- Figueiró JA. Projeto visa melhor assistência na área de dor e cuidados paliativos. *Rev Prática Hospitalar [periódico na internet].* 2003 [acesso em 13 dez 2009];5(29):45-8. Disponível em: <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph29.pdf>
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2010.
- Merlin JS, Cen L, Praestgaard A, Turner M, Obando A, Alpert C, et al. Pain and physical and psychological symptoms in ambulatory HIV patients in the current treatment era. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(3):638-45.
- Oliveira RM, Silva LMS, Pereira MLD, Moura MAV. Manejo da dor de pacientes com aids: análise da estrutura gerencial em hospital de referência. *Rev Esc Enferm USP [periódico na internet].* 2013 [acesso em 01 dez 2013];47(2):456-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/26.pdf>
- Tsao JCI, Stein JA, Dobalian A. Pain, problem drug use history, and aberrant analgesic use behaviors in persons living with HIV. *Pain.* 2007;133(1-3):128-37.
- Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno-assistencial. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):166-76.
- Miaskowski C, Penko JM, Guzman D, Mattson JE, Bangsberg DR, Kushel MB. Occurrence and characteristics of chronic pain in a community-based cohort of indigent adults living with HIV infection. *Pain.* 2011;12(9):1004-16.
- Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(2):230-7.
- Oliveira RM, Silva LMS, Pereira MLD, Gomes JMA, Figueiredo SV, Almeida PC. Dor e analgesia em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Dor.* 2012;13(4):332-7.
- Aouizerat BE, Miaskowski CA, Gay C, Portillo CJ, Coggins T, Harvey D, et al. Risk factors and symptoms associated with pain in HIV-infected adults. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2010;21(2):125-33.

14. Oliveira RM, Silva AVS, Chaves EMC, Sales NC. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14(1):19-24.
  15. Oliveira RM, Silva LMS, Leitão IMTA. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. *Rev enferm UFPE on line.* 2010;4(3):1392-400.
  16. Gray G, Berger P. Pain in women with HIV/AIDS. *Pain.* 2007; 132:13-21.
  17. Castro AB. Aids e dor. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT. *Dor: princípios e prática.* Porto Alegre: Art-med; 2009. p.810-7.
  18. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):90-6.
  19. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Pública.* 2008;24(3):180–8.
  20. Barroso LMM, Brito DMS, Galvão MTG, Lopes MVO. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):562-7.
-