

DOR, PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE PESSOAS COM HIV/AIDS

*Pain, socioeconomic and demographic profile of people with
HIV/AIDS*

*Dolor, perfil socioeconómico y demográfico de las personas con
VIH/SIDA*

ARTIGO ORIGINAL

Autores:

Artur Paiva dos Santos

 0000-0002-9261-8718  6877105673533810

Fisioterapeuta. Universidade Federal do Ceará (UFC)

Brena Pereira do Nascimento

 0000-0002-3417-504X  3667584984584881

Fisioterapeuta. Centro Universitário Christus (Unichristus)

Jose Manuel Peixoto Caldas

 0000-0003-0796-1595  7612322297457083

Médico. Universidade do Porto

*Marcia Cardinalle Correia
Viana*

 0000-0003-3870-4794  1959647064823837

Fisioterapeuta. Centro Universitário Christus (Unichristus).

*Mônica Cordeiro Ximenes de
Oliveira*

 0000-0001-7905-2257  6465378982650298

Socióloga. Centro Universitário Christus (Unichristus).

*Terezinha do Menino Jesus
Silva Leitão*

 0000-0002-3301-3057  1341610637039055

Médica. Universidade Federal do Ceará (UFC).

*Andréa Stopiglia Guedes
Braide*

 0000-0001-6705-5717  0303582093293414

Fisioterapeuta. Centro Universitário Christus (Unichristus).

Contato do Autor Principal

arturfisioterapeuta@gmail.com

Informações de Publicação

Enviado:

20/03/2020

Aceito para Publicar:

29/05/2020

Publicado:

29/06/2020

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil socioeconômico, demográfico e queixas de dor de pessoas com HIV/Aids. **Metodologia:** pesquisa observacional, transversal e quantitativa. Ocorreu de agosto/2016 a julho/2017, em um ambulatório especializado para HIV/Aids. Participaram 54 pessoas por conveniência. A coleta foi por meio de questionários sobre dados socioeconômicos, demográficos e dor. A estatística foi realizada por meio do *software Excel/2016*. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do Hospital São José (n° 1.651.532). **Resultados:** aproximadamente, 59,3% são do sexo masculino. Da amostra total, 51,9% dos participantes relataram ser solteiros, 31% ter estudado até o ensino fundamental incompleto, 24,1% estar trabalhando e 66,7% receber renda mensal de um a dois salários mínimos. As regiões corporais com maior intensidade e prevalência de dor foram as mãos, a lombar, os joelhos e os tornozelos. O afastamento de atividades usuais e ocupacionais apresentou maior frequência por queixa de dor nos joelhos, tornozelos e punhos. **Conclusão:** há prevalência de homens de meia idade, baixa escolaridade e baixa renda, porém com vínculo empregatício. A lombar e os tornozelos foram regiões de maior prevalência de dor. Quanto ao afastamento de atividades usuais e ocupacionais, houve maior relação com queixa de dor nas regiões de maior mobilidade.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Perfil. Prevalência. Intensidade. Dor.

ABSTRACT

Objective: To describe the socioeconomic, demographic profile and pain complaints of people with HIV/AIDS. **Methodology:** Observational, transversal and quantitative research. It occurred from August/2016 to July/2017, in a specialized outpatient clinic for HIV/AIDS. A total of 54 people participated for convenience. The data were collected through questionnaires on socioeconomic, demographic and pain data. The statistics were performed by using the *Excel/2016* software. The research was approved by the Ethics Committee of Hospital São José (n° 1,651,532). **Results:** Approximately 59.3% are male. From the total sample, 51.9% of participants reported being single, 31% having studied up to incomplete elementary school, 24.1% being working and 66.7% receiving monthly income of one to two minimum wages. The body regions with the highest intensity and prevalence of pain were the hands, lower back, knees and ankles. The withdrawal of usual and occupational activities was more frequent due to complaints of pain in the knees, ankles and wrists. **Conclusion:** There is a prevalence of men of middle age, low education and low income, however, with an employment relationship. The lower back and ankles were the regions with the highest prevalence of pain. As for the withdrawal of usual and occupational activities, there was a greater relationship with complaints of pain in regions of greater mobility.

KEYWORDS: HIV. Profile. Prevalence. Intensity. Pain.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil socioeconómico, demográfico y quejas de dolor de las personas con VIH/SIDA. **Metodología:** Investigación observacional, transversal y cuantitativa. Ocurrió de agosto/2016 a julio/2017 en una clínica ambulatoria especializada para el VIH/SIDA. Participaron 54 personas por conveniencia. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios sobre datos socioeconómicos, demográficos y de dolor. Las estadísticas se realizaron con el *software Excel/2016*. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital São José (n° 1.651.532). **Resultados:** Alrededor del 59.3% son hombres. Del total de la muestra, el 51.9% de los participantes informó que era soltero, el 31% había estudiado hasta la escuela primaria incompleta, el 24.1% estaba trabajando y el 66.7% recibió ingresos mensuales de uno o dos salarios mínimos. Las regiones del cuerpo con mayor intensidad y prevalencia de dolor fueron las manos, la espalda baja, las rodillas y los tobillos. La retirada de las actividades habituales y ocupacionales fue más frecuente debido a quejas de dolor en las rodillas, tobillos y muñecas. **Conclusión:** Existe una prevalencia de hombres de mediana edad, baja educación y bajos ingresos, pero con una relación laboral. La zona lumbar y los tobillos fueron las regiones con mayor prevalencia de dolor. En cuanto a la retirada de las actividades habituales y ocupacionales, hubo una mayor relación con las quejas de dolor en las regiones de mayor movilidad.

PALABRAS CLAVE: VIH. Perfil. Prevalencia. Intensidad. Dolor.



INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunodeficiency Virus* - HIV) espalha-se por meio de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como linfócitos T-CD4+. O HIV afeta e destrói essas células imunológicas e torna o organismo deficiente na defesa contra infecções e doenças. Quando isso ocorre, a infecção por HIV leva à síndrome de imunodeficiência adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* - aids)¹.

No mundo, estima-se que, aproximadamente, 37,9 milhões de pessoas vivem com HIV, segundo dados de 2018. Novos casos, no mesmo ano, foram contabilizados em 1,7 milhão. Quanto ao acesso à terapia antirretroviral (TARV), contabilizam-se cerca de 24,5 milhões de pessoas até o final de junho de 2019. Na América Latina, cerca de 1,9 milhão de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) foram contabilizadas no ano 2018, 1.2 milhão de pessoas tiveram acesso à TARV e houve 100.000 novas infecções pelo HIV².

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 casos de HIV e 37.161 casos de aids, com uma taxa de detecção de 17,8:100.000 habitantes (2018), totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,4:100.000 habitantes (2012) para 17,8:100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. Essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013³.

No Ceará, no período de 2009 a 2019, foram notificados 11.132 casos de aids e 11.123 casos de HIV. Observa-se, na série histórica (2009 a 2019), que a epidemia de aids mostra estabilização nas taxas de detecção, com um declínio acentuado a partir do ano de 2012. Em contrapartida, a taxa de detecção do HIV vem crescendo ao longo dos anos, passando de 2,5:100.000 habitantes em 2009 para 21,0:100.000 habitantes em 2018⁴.

Em uma abordagem patológica quanto às vias de transmissão dessa infecção, pode-se citar que ocorre, principalmente, por via sexual, contato com sangue contaminado por transfusão, uso de drogas injetáveis e/ou via vertical⁵.

O tratamento ocorre por meio do uso de esquemas de medicação da TARV, mediante a condição clínica apresentada pelo paciente. No Brasil, a instauração de Políticas Públicas culminou com uma das melhores políticas de enfrentamento da aids em todo o mundo com a produção de alguns medicamentos que retardam o aparecimento da síndrome, fabricados no país, além da distribuição gratuita nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde⁶.

Essa introdução efetiva dos medicamentos garantiu um caráter crônico à infecção pelo HIV, mas também trouxe consigo muitos efeitos colaterais que interferem tanto na adesão ao tratamento, na percepção de saúde desses indivíduos, quanto na qualidade de vida⁷.

Diante desses fatos, torna-se complexo o manejo desses pacientes, pois não é apenas o HIV/aids em si que precisa ser tratado, mas todas as outras infecções e doenças oportunistas, seus sintomas, juntamente com os efeitos colaterais do tratamento da TARV⁶.

A dor, por exemplo, é um sintoma comum entre PVHA⁸. Sobre isso, Oliveira et al.⁹ destacam que pode ocorrer um quadro algico em todos os estágios da doença, de forma bem diferenciada, em até 90% dos casos.

Esse sintoma é uma experiência vivenciada por quase todos os seres humanos, pois constitui um elemento de proteção contra agentes nocivos físicos, químicos, biológicos, psíquicos ou sociais¹⁰. No caso de PVHA, essa dor pode-se dá por três motivos principais: sintoma da infecção pelo HIV, outra doença ou infecção oportunista e/ou efeito colateral da TARV⁹.

Diante do exposto, os profissionais que atuam na assistência às PVHA têm sido estimulados a avaliar a dor na rotina dos cuidados, com especial atenção às dores de caráter intermitente e crônico, que podem estar associadas à doença propriamente dita e/ou às infecções oportunistas¹¹.

Apesar do aumento da atenção prestada ao tratamento da dor, poucos dados estão disponíveis sobre esse sintoma entre PVHA. Partindo desse pressuposto, o presente estudo busca descrever o perfil socioeconômico, demográfico e queixa de dor de PVHA.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de campo, observacional, transversal e descritivo, com base em métodos quantitativos, caracterizados pela observação direta em ambulatório hospitalar especializado da cidade de Fortaleza/Ceará. O período do estudo foi de agosto de 2016 a julho de 2017.

Participaram do estudo 54 pessoas selecionadas de forma não probabilística e por conveniência, pois o serviço continha um quantitativo populacional impreciso para cálculo amostral e pela limitação para a coleta de dados e geração de uma amostra representativa. O estudo lidou com a situação de que o participante deveria manifestar interesse pela pesquisa para, posteriormente, serem coletados os dados.

A pesquisa seguiu os princípios éticos indicados na Resolução 466/12¹² do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas (nº 1.651.532).

Participaram do estudo todas as pessoas convidadas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, diagnosticadas com infecção pelo HIV, que recebiam atendimento ambulatorial no período do estudo. Não participaram aqueles com idade inferior a 18 anos, mulheres em período gestacional e aqueles que não iniciaram ou interromperam o tratamento medicamentoso com a TARV. Para confirmação da exclusão da participação, pelos critérios descritos, foi realizada uma entrevista prévia.

A coleta dos dados foi realizada em sala de espera por meio da aplicação de questionários em um tempo médio de 20 minutos para cada participante. Para garantir o sigilo e a privacidade dos envolvidos, o pesquisador direcionou o convite de acordo com o médico assistente do ambulatório HIV/aids.

O primeiro questionário possuía perguntas relacionadas às variáveis socioeconômicas e demográficas, e o segundo questionário foi o questionário Nórdico de Queixas Osteomusculares, indicado por Pinheiro e colaboradores em 2002¹³ como de bons índices de confiabilidade e aplicação em estudos epidemiológicos para mensuração da incidência dos sintomas osteomusculares, como a dor.

O questionário Nórdico de Queixas Osteomusculares avaliou a presença de queixa de dor nos últimos sete dias, nos últimos doze meses e a possível existência de afastamento das atividades ocupacionais e usuais em decorrência da presença de dor.

A análise estatística descritiva foi realizada por meio do *software Microsoft Excel* versão 2016.

RESULTADOS

Caracterização socioeconômica e demográfica

Tabela 1. Frequência da amostra em relação ao estado civil em valores absolutos (relativo-%)

Estado Civil					
	Casado(a)	Separado(a)	Solteiro(a)	Viúvo(a)	Total
Masculino	7 (21,9)	5 (15,6)	20 (62,5)	0 (0,0)	32 (100,0)
Feminino	5 (22,7)	4 (18,2)	8 (36,4)	5 (22,7)	22 (100,0)
Total	12 (22,2)	9 (16,7)	28 (51,9)	5 (9,3)	54 (100,0)

Participaram deste estudo 54 pessoas adultas diagnosticadas com HIV/aids inseridas no programa de acompanhamento ambulatorial do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Trinta e duas (59,3%) eram do sexo masculino e a média de idade de todos os participantes foi de 45,22 ± 12,40 anos. A tabela 1 mostra a frequência da amostra em relação ao estado civil.

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes deste estudo, a tabela 2 mostra a frequência da amostra para essa variável, evidenciando importante prevalência de pessoas com baixo nível de escolaridade.

Tabela 2. Frequência da amostra em relação à escolaridade em valores absolutos (relativo-%)

Escolaridade								
	Analfabeto(a)	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino superior completo	Total
Masculino	2 (6,0)	9 (28,0)	3 (9,0)	3 (9,0)	12 (38,0)	3 (9,0)	0 (0,0)	32 (100,0)
Feminino	1 (4,5)	8 (36,4)	4 (18,2)	4 (18,2)	4 (18,2)	0 (0,0)	1 (4,5)	22 (100,0)
Total	3 (6,0)	17 (31,0)	7 (13,0)	7 (13,0)	16 (30,0)	3 (6,0)	1 (2,0)	54 (100,0)

No que se refere aos dados quanto à ocupação (tabela 3) e renda (tabela 4), ficou evidente que o grupo participante em seu maior percentual trabalha e possui renda mensal em torno de um a dois salários mínimos.

Tabela 3. Frequência da amostra em relação à ocupação em valores absolutos (relativo-%)

Ocupação							
	Aposentado(a)	Dona de casa	Trabalha	Aposentado(a)/trabalha	Afastado(a)/licença	Desempregado(a)	Total
Masculino	6 (18,8)	0 (0,0)	10 (31,3)	2 (6,3)	6 (18,8)	8 (25,0)	32 (100,0)
Feminino	3 (13,6)	10 (45,5)	3 (13,6)	1 (4,5)	4 (18,2)	1 (4,5)	22 (100,0)
Total	9 (16,7)	10 (18,5)	13 (24,1)	3 (5,6)	10 (18,5)	9 (16,7)	54 (100,0)

Tabela 4. Frequência da amostra em relação à renda em valores absolutos (relativo-%)

Renda					
	< que 1 salário mínimo	De 1 a 2 salários mínimos	> que 2 salários mínimos	Sem renda	Total
Masculino	2 (6,3)	22 (68,8)	4 (12,5)	4 (12,5)	32 (100,0)
Feminino	4 (18,2)	14 (63,6)	1 (4,5)	3 (13,6)	22 (100,0)
Total	6 (11,1)	36 (66,7)	5 (9,3)	7 (13,0)	54 (100,0)

Análise da queixa de dor

Para avaliação da intensidade da dor e seus respectivos significados interpretativos, utilizou-se a graduação numérica e nominal, em que 0 corresponde à ausência de dor, 1 dor leve (dor nos últimos 12 meses ou nos últimos 7 dias), 2 dor moderada (dor nos 12 meses e nos últimos 7 dias), 3 dor grave (dor nos últimos 12 meses ou nos últimos 7 dias e afastamento de atividades ocupacionais e usuais) e 4 dor grave (dor nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias e afastamento de atividades ocupacionais e usuais).

Compreendendo que a dor pode ser instalada em diversas regiões do corpo e mantém preferências em algumas estruturas específicas, a seguir foi decrita, na tabela 5, uma distribuição que identifica, por meio da avaliação da intensidade de queixa de dor, a região corporal. O foco está distribuído por áreas e localizado na cervical, nos membros superiores, no tronco corporal, no quadril e nos membros inferiores.

Tabela 5. Frequência da amostra em relação à queixa de dor na região cervical e membros superiores, tronco corporal, região de quadril e membros inferiores em valores absolutos (relativo-%)

Cervical e Membros Superiores						
	0	1	2	3	4	Total
Cervical	16 (30,0)	6 (11,0)	14 (26,0)	11 (20,0)	7 (13,0)	54 (100,0)
Ombros	15 (28,0)	5 (9,0)	13 (24,0)	11 (20,0)	10 (19,0)	54 (100,0)
Cotovelos	44 (81,0)	4 (7,0)	4 (7,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	54 (100,0)
Punhos	14 (26,0)	11 (20,0)	10 (19,0)	9 (17,0)	10 (19,0)	54 (100,0)
Mãos	13 (24,0)	8 (15,0)	18 (33,0)	10 (19,0)	5 (9,0)	54 (100,0)
Tronco Corporal						
	0	1	2	3	4	Total
Tórax	15 (28,0)	8 (15,0)	12 (22,0)	7 (13,0)	12 (22,0)	54 (100,0)
Lombar	8 (15,0)	6 (11,0)	17 (31,0)	6 (11,0)	17 (31,0)	54 (100,0)
Quadril e Membros Inferiores						
	0	1	2	3	4	Total
Quadril	13 (24,0)	7 (13,0)	11 (20,0)	13 (24,0)	10 (19,0)	54 (100,0)
Coxas	38 (70,0)	7 (13,0)	3 (6,0)	2 (4,0)	4 (7,0)	54 (100,0)
Joelhos	12 (22,0)	8 (15,0)	5 (9,0)	17 (31,0)	12 (22,0)	54 (100,0)
Tornozelos	9 (17,0)	9 (17,0)	11 (20,0)	16 (30,0)	9 (17,0)	54 (100,0)
Pés	14 (26,0)	7 (13,0)	14 (26,0)	11 (20,0)	8 (15,0)	54 (100,0)

No que diz respeito à ocorrência e à intensidade de dor na região cervical e de membros superiores, maior percentual dos participantes relatou ausência de dor cervical (30,0%), nos ombros (28,0%), nos cotovelos (81,0%) e nos punhos (26,0%) e dor de intensidade moderada nas mãos (33%).

Na região de tronco corporal, maiores percentuais dos participantes relataram ausência de dor no tórax (28,0%) e dor moderada (31,0%) a grave (31,0%) na lombar. Na região de quadril e membros inferiores, relataram ausência de dor no quadril (24,0%) e coxas (70,0%). Nos joelhos, relataram dor grave (31,0%), nos tornozelos relataram dor grave (30,0%) e nos pés relataram dor ausente (26,0%) a dor moderada (26,0%).

Quanto à avaliação da prevalência de queixa de dor entre as regiões corporais, evidenciou-se que a região lombar (n=46), os tornozelos (n=45) e os joelhos (n=42) foram as mais prevalentes.

Observou-se que, entre as regiões corporais com queixa de dor, as que mais se relacionam com afastamento de atividades ocupacionais e usuais é a região de joelhos (n=29), tornozelos (n=25) e punhos (24).

DISCUSSÃO

Caracterização socioeconômica e demográfica

Os resultados referentes às características socioeconômicas e demográficas são convergentes com os boletins epidemiológicos nacional e cearense (3,4). Quanto ao estado civil, é evidente que os estudos que relacionam essa variável ainda são escassos em nível global; porém, pode-se afirmar que o aparecimento da infecção pelo HIV é maior entre os solteiros (as)¹⁴.

Quanto ao nível de escolaridade, evidencia-se importante prevalência de pessoas com baixo nível de escolaridade. Sobre a predominância dos casos de HIV/aids com nível de escolaridade até o ensino fundamental incompleto, Rodrigues et al.¹⁵ também encontraram, no perfil de PVHA de seu estudo, predomínio de grupos com baixo grau de escolaridade, concordando com o fenômeno nacional de pauperização da epidemia.

Os dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos 54 participantes do estudo mostraram uma caracterização com similaridade a outros levantamentos brasileiros: baixa escolaridade, ativamente trabalhadores com renda de até dois salários mínimos^{16,17}.

Análise da queixa de dor

Nossos achados estão de acordo com os estudos de Merlin et al.¹⁸, quando relatam que a dor pode ser comumente encontrada nas PVHA, podendo aparecer em qualquer estágio da infecção e em qualquer parte corporal. As estimativas de prevalência da dor em indivíduos infectados pelo HIV variam de 30 a 90%, com prevalência crescente em fases mais avançadas da doença¹⁹. Em outro estudo sobre dor em pessoas em situação de rua com HIV, 91,2% relataram dor, com 53,7% classificando a sua dor como intensa²⁰.

Um estudo com o objetivo de estimar a ocorrência de dor em PVHA evidenciou que um total de 175 participantes (55%) indicaram sim à ocorrência de dor. Dos que sofrem, 67% relataram que ocorreu com frequência ou quase constantemente, e 82% relataram que foi grave ou muito grave. Quando perguntado quão angustiante sua dor foi na última semana, 58% descreveram isso como um pouco ou muito angustiante²¹.

Quanto à avaliação da prevalência de queixa de dor entre as regiões corporais, Aires e Bammann²² evidenciaram que dos 107 pacientes hospitalizados, 29 (27,1%) relataram dor de cabeça, 28 (26,2%) dor abdominal, 13 (12,1%) dor nos membros inferiores e 12 (11,2%) dor no tórax. Os dados são discordantes quanto à região corporal com maior prevalência de queixa de dor, porém percebeu-se que, em ambos os estudos, todas as regiões corporais avaliadas apresentaram queixa de dor. Essa discordância nos resultados pode estar relacionada com as diferenças de condições clínicas.

Observou-se que, entre as regiões corporais com queixa de dor, as que mais se relacionam com afastamento de atividades ocupacionais e usuais são regiões de grande mobilidade. Um bom estado das articulações periféricas muito se relacionam com a mobilidade física, aptidão para o trabalho e nível de independência. Alguns estudos que avaliaram a independência em pacientes com HIV/aids mostraram que os menores escores foram obtidos nesse domínio^{23,24}.

A dor encontra-se estritamente relacionada com o estado de funcionalidade de qualquer pessoa independentemente da condição de infecção pelo HIV. A dor pode ser a causa preliminar de uma limitação de atividade, e isso pode conduzir a uma perda rápida da independência²⁵.

Nossos resultados, de maneira geral, apontam para a subjetividade das variáveis estudadas, sabendo que podem ser influenciadas pelo contexto, pela cultura, como também pelos aspectos pessoal e social. É importante notar algumas limitações do estudo. Os resultados aqui expressos não podem ser generalizados, pois se trata de um estudo com tamanho amostral não representativo. No presente estudo, apenas foram realizadas medidas de interpretação estatística descritiva, não investigando quais fatores poderiam estar relacionados, significativamente, com o fenômeno da dor. Pesquisas futuras precisam ampliar o estudo e incluir a análise da qualidade de vida, funcionalidade e inferência da dor nesse aspecto, bem como a forma como esse sintoma se comporta ao longo do tempo e em relação à trajetória clínica da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado contribuiu para compreendermos as questões epidemiológicas relacionadas à PVHA no contexto descritivo cearense, corroborando dados do boletim nacional. Por meio dos nossos resultados, foi possível verificar que a amostra estudada apresentou as mãos, a lombar, os tornozelos e os joelhos como regiões de maior prevalência de dor. Quanto ao afastamento de atividades usuais e ocupacionais, houve maior relação com queixa de dor em regiões de ampla mobilidade.

Sugerimos que mais estudos sejam desenvolvidos e direcionados para a investigação da prevalência e intensidade da dor, com amostra de número maior e representativa, associando os dados da dor com fatores clínicos, socioeconômicos e demográficos.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Informações básicas; 2017.
2. UNAIDS. Estatísticas; 2019: p. 1–10.
3. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde; 2019.
4. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Secretaria da Saúde - Governo do Estado do Ceará; 2019.
5. Westergaard RP, et al. Longitudinal changes in engagement in care and viral suppression for HIV-infected injection drug users. *AIDS*. 2013;27(16):2559.
6. Silva JD, et al. Qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS: um estudo comparativo com a população em geral. *DST J. Bras. Doenças Sex Transm*. 2013;25(2).
7. Fernandes JRM, et al. Initiation of antiretroviral therapy in HIV-infected patients with severe immunodeficiency in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(6):1369-1380.
8. Namisango E, et al. Pain Among Ambulatory HIV/AIDS Patients: Multicenter Study of Prevalence, Intensity, Associated Factors, and Effect. *Journal of Pain*. 2012;13(7):704-713.
9. Oliveira RM, et al. Pain management in patients with aids: analysis of the management structure of a reference hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(2):456-463.
10. Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. In: Alves Neto O. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Nair SN, et al. Prevalence of Pain in Patients with HIV/AIDS: A Cross-sectional Survey in a South Indian State. *Indian J Palliat Care*. 2009;15(1):67-70.
12. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2012.
13. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):307-12.

14. Serra LC, Ross JR. Estudo clínico epidemiológico da coinfeção de tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense. *Journal Management Primary Health Care*. 2012;3(2):122-125.
15. Rodrigues Junior AL, Castilho EA. A epidemia da Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2004;37(4):312-317.
16. Nomoto SH, Longhi RM, Barros BP, Croda J, Ziff EB, Castelon Konkiewitz. Socioeconomic disadvantage increasing risk for depression among recently diagnosed HIV patients in an urban area in Brazil: cross-sectional study. *AIDS Care*. 2015;5:1-7.
17. Granjeiro A, Escuder MM, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, Veloso V, et al. The HIV-Brazil cohort study: design, methods and participant characteristics. *PLoS One*. 2014;9(5):e95673.
18. Merlin JS, et al. Pain, mood, and substance abuse in HIV: implications for clinic visit utilization, ART adherence, and virologic failure. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2012;61(2):164.
19. Krashin DL, Merrill JO, Trescot AM. Opioids in the management of HIV-related pain. *Pain Physician*. 2012;15(suppl. 3):157-168.
20. 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. *J Pain*. 2011;12(9):1004-1016.
21. Aouizerat BE, et al. Fatores de Risco e Sintomas Associados à Dor em Adultos Infectados pelo HIV. *AIDS Care*. 2010;21(2):125-133.
22. Aires EM, Bammann RH. Dor em pacientes HIV-positivos hospitalizados: problemas clínicos e terapêuticos. *Rev Bras Doenças Infecciosas*. 2005;9(3).
23. Gaspar J, et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):230-6.
24. Reis RK, et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):365.
25. Nobre AQTC, Costa IS, Bernardes KO. A fisioterapia no contexto do HIV/AIDS. *Fisioter. Mov*. 2008;21(4):11-18.