



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araçatuba



CAROLINA ENEMOTO SILVA

**Desmistificando o HIV: saúde bucal e qualidade de vida de
indivíduos soropositivos de um serviço especializado**

**Araçatuba - SP
2026**

CAROLINA ENEMOTO SILVA

**Desmistificando o HIV: saúde bucal e qualidade de vida de
indivíduos soropositivos de um serviço especializado**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de
Araçatuba, para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Saúde Coletiva em Odontologia.

Orientador: Prof.Ass. Ronald Jefferson Martins

**Araçatuba - SP
2026**

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

S586d Silva, Carolina Enemoto.
Desmistificando o HIV : saúde bucal e qualidade de vida de indivíduos soropositivos de um serviço especializado / Carolina Enemoto Silva. - Araçatuba, 2026
98 f. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba
Orientador: Prof. Ronald Jefferson Martins

1. Qualidade de vida 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 3. Discriminação social 4. Terapia antirretroviral de alta atividade 5. Saúde mental 6. Saúde bucal I. T.

Black D5
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto CRB-8/5550

Dedicatória

Aos meus pais, **Almiro José da Silva** e **Mônica Adriana Harue Enemoto Silva**, cuja dedicação, apoio incondicional e exemplo de força e integridade tornaram possível cada passo desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por sua infinita bondade, por iluminar minhas escolhas, renovar minhas forças diante dos desafios e tornar possível a conclusão desta importante etapa da minha vida acadêmica.

Ao meu orientador, Prof. Assoc. Ronald Jefferson Martins, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo destes anos, pelo incentivo constante à perseverança e à busca contínua por conhecimento. Agradeço, ainda, pelas oportunidades proporcionadas no âmbito da Saúde Coletiva, em especial pela participação no Projeto de Extensão da Associação Beneficente Amar e Cuidar (ABAC), no qual tive o privilégio de atuar durante a graduação e Pós-Graduação. Foi uma experiência de grande relevância para minha formação humana, profissional e para a ampliação da minha visão de mundo.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Odontologia, à Prof.^a Titular Tânia Adas Saliba e à Prof.^a Titular Suzely Adas Saliba Moimaz, pela condução responsável e qualificada da equipe, evidenciada na excelência do programa.

Aos professores do Programa, em especial ao Prof. Ass. Dr. Fernando Yamamoto Chiba, à Prof.^a Ass. Dra. Lia Borges de Mattos Custódio e à Profa.^a Ass. Dra. Ana Cláudia Okamoto, pelo apoio, disponibilidade e dedicação ao ensino. Ao funcionário administrativo Nilton César Souza, pela constante disposição em ajudar e pela postura acolhedora, sempre transmitindo alegria.

À minha família, pelo amor e apoio incondicional ao longo de toda esta trajetória. Aos meus pais, Almiro José da Silva e Mônica Adriana Harue Enemoto Silva, por serem meu alicerce, pelos ensinamentos, incentivo e por nunca medirem esforços para que eu pudesse alcançar meus objetivos. À minha irmã, Gabriela Enemoto Silva, pelo carinho e companheirismo nos momentos mais desafiadores.

Ao meu namorado, Felipe Fedrizzi, pelo zelo, suporte emocional e compreensão durante a realização deste trabalho, e aos meus sogros, Lucia Fedrizzi e José Antônio, pela consideração e incentivo demonstrados no decorrer da busca pelos meus objetivos.

À minha avó Neuza e aos meus avós, *in memoriam*, Chunyti, Almiro e Aparecida, por todo o amor, ensinamentos e valores transmitidos, que permanecem presentes em minha trajetória de vida.

Aos meus padrinhos, Tia Elza e Tio Aparecido, pelo cuidado e presença constante em minha vida, contribuindo de forma significativa para minha formação pessoal.

Aos meus amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Odontologia, pela convivência e aprendizado compartilhados ao longo desta jornada, marcada pela troca de conhecimentos e apoio mútuo.

Aos amigos que conquistei na graduação, em especial Ana Carolina e Leonardo, por me acompanharem desde o início desta caminhada, oferecendo incentivo e companheirismo ao longo destes anos.

A toda a equipe do Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) – IST/AIDS e Hepatites Virais da Prefeitura Municipal de Araçatuba, em especial à coordenadora Aurineide Pessoa Antunes, pela autorização para a realização deste trabalho e pela disponibilização de apoio técnico. À equipe de Odontologia do SAE, à cirurgiã-dentista Giovanna Cattarin e a auxiliar de saúde bucal Laís, pela cordialidade e pelo apoio prestado durante a coleta de dados.

À Direção da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, representada pelo Diretor Prof. Titular Alberto Carlos Botazzo Delbem e pelo Vice-Diretor Prof. Associado Luciano Tavares Angelo Cintra.

A toda a equipe da Biblioteca da FOA-UNESP, em especial à Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti e ao Claudio Hideo Matsumoto, pela disponibilidade, atenção e gentileza no suporte prestado.

À divisão técnica acadêmica, em especial à diretora Valéria de Queiroz Marconde Zagato e às funcionárias Cristiane Regina Lui Mattos, Lilian Sayuri Mada, Elis Andréa Pinto e Bianca dos Santos Rodrigues Lima, pela presteza nos esclarecimentos e auxílio na organização da documentação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro concedido, fundamental para a realização deste trabalho e para o desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, sou grata pelos momentos vivenciados e por todas as pessoas que, de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão
pequeno que não possa ensinar”.*
(Esopo)

RESUMO GERAL

Silva, C.E. *Desmistificando o HIV: saúde bucal e qualidade de vida de indivíduos soropositivos de um serviço especializado*. 2026. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Araçatuba, 2026.

Introdução: Considerada a epidemia mais longa da história, o cenário do HIV no Brasil segue em transformação, acompanhando avanços e persistentes desafios. A infecção continua sendo marcada por desigualdades e pela persistência da discriminação, exigindo estratégias que promovam equidade e enfrentem o estigma. **Objetivo:** Analisar as características sociodemográficas, os hábitos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os fatores clínicos relacionados à doença; o preconceito e a discriminação sofridos nos serviços de saúde e o impacto desses aspectos sobre a qualidade de vida. Além disso, avaliar a influência de fatores farmacológicos e psicológicos, como ansiedade e depressão, sobre a saúde bucal de pessoas vivendo com HIV, atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba (SAE/DST) no período de fevereiro a setembro de 2025. **Metodologia:** Ambos capítulos consistem em um estudo transversal com abordagem quantitativa. O tamanho amostral foi calculado considerando um nível de confiança de 95%, erro máximo de 5% e proporção estimada de 80% da população com alterações bucais, resultando em uma amostra equivalente a 111 indivíduos HIV positivos, atendidos pela equipe de odontologia do Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, no período de fevereiro a setembro de 2025. Foram consultados os prontuários utilizados na unidade, compostos pela identificação dos pacientes e pelos dados semiológicos, incluindo histórico da doença, carga viral, uso de medicações e presença de comorbidades. Em seguida foram aplicados dois instrumentos: um questionário semiestruturado, elaborado especificamente para este estudo, voltado para às questões sociodemográficas, aos aspectos relacionados ao HIV e as situações de preconceito e discriminação sofridas no serviço de saúde; para Qualidade de vida, foi utilizado o instrumento validado HIV/AIDS – *Target Quality of Life* (HAT-QoL). Para análise das condições bucais, foi utilizado o Índice de Dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), seguida da análise do pH salivar por meio de fitas colorimétricas pH. Também foi realizado o teste de fluxo salivar por meio da coleta de saliva total estimulada, em sala ventilada e iluminada, com o paciente sentado confortavelmente. Para ansiedade e depressão foi aplicado o questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Foi utilizado o programa Microsoft Excel para tabulação dos dados em planilha e os programas EpiInfoTM 7.2 e BioEstat versão 5.3 para análise descritiva quantitativa e análise. **Resultados:** No primeiro capítulo foi identificado que a maioria da população estudada era do sexo

masculino (70,27%), com idade entre 36 a 55 anos (52,25%) e com estado civil solteiro (67,57%). Os domínios do HAT-QoL com menores médias foram “Preocupações em revelar a doença” (18,87), seguido de “Preocupações financeiras” (28,83) e “Atividade sexual” (67,79). Variáveis sociodemográficas, tais como idade, cor, vínculo trabalhista, carga viral, Cluster de diferenciação 4 (CD4) e adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) apresentaram impacto negativo sobre a qualidade de vida. Em relação à discriminação nos serviços de saúde, 18 indivíduos relataram ter sofrido algum tipo ação preconceituosa durante os atendimentos, sendo cometida pela maioria das vezes pela equipe de enfermagem (72,22%), de forma verbal (83,33%) e no serviço público (88,88%). No segundo capítulo, foram observados sintomas de ansiedade possível ou provável em 60,3% dos indivíduos e de depressão em 20,7%. Na avaliação bucal, 53,1% apresentaram hipossalivação ou baixo fluxo salivar, 43,2% pH salivar ácido e a média do índice CPOD foi 12,95. Houve significância entre menor faixa etária e menor CPOD, além de indivíduos com carga viral indetectável e CD4+ >500 células/mm³ com maior fluxo salivar. Indivíduos com provável depressão apresentaram tendência a piores indicadores bucais e o regime antirretroviral contendo Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/ritonavir + Etravirina associou-se a maiores valores de CPOD. **Conclusão:** Condições socioeconômicas e clínicas desfavoráveis impactam negativamente a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Além disso, apesar do adequado controle virológico, pessoas vivendo com HIV apresentam alterações bucais relevantes, influenciadas por fatores farmacológicos e psicológicos, reforçando a importância do cuidado multiprofissional integrado.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Discriminação Social; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Saúde Mental; Saúde Bucal.

GENERAL ABSTRACT

Silva, C.E. *Demystifying HIV: oral health and quality of life of seropositive individuals from a specialized service*. 2026. Dissertation (Master's Degree) – School of Dentistry, São Paulo State University (Unesp), Araçatuba, 2026.

Introduction: Considered the longest epidemic in history, the HIV scenario in Brazil continues to evolve, following both advances and persistent challenges. The infection remains marked by inequalities and the persistence of discrimination, requiring strategies that promote equity and confront stigma. **Objective:** To analyze sociodemographic characteristics, habits related to the use of psychoactive substances, and clinical factors related to the disease; the prejudice and discrimination experienced in health services and the impact of these aspects on quality of life. In addition, to evaluate the influence of pharmacological and psychological factors, such as anxiety and depression, on the oral health of people living with HIV treated at the Specialized Outpatient Service of Araçatuba (SAE/DST) from February to September 2025. **Methodology:** Both chapters consist of a cross-sectional study with a quantitative approach. Sample size was calculated considering a 95% confidence level, 5% maximum error, and an estimated proportion of 80% of the population with oral alterations, resulting in a sample of 111 HIV-positive individuals treated by the dentistry team of the Specialized Outpatient Service of Araçatuba – SAE/DST, from February to September 2025. Medical records used in the unit were consulted, including patient identification and semiological data, such as disease history, viral load, medication use, and presence of comorbidities. Subsequently, two instruments were applied: a semi-structured questionnaire developed specifically for this study, addressing sociodemographic issues, HIV-related aspects, and situations of prejudice and discrimination experienced in health services. For quality of life assessment, the validated HIV/AIDS – Target Quality of Life (HAT-QoL) instrument was used. For oral condition analysis, the Decayed, Missing and Filled Teeth Index (DMFT) was used, followed by salivary pH analysis using colorimetric pH strips. Salivary flow testing was also performed through the collection of total stimulated saliva, in a ventilated and well-lit room, with the patient comfortably seated. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire was applied to assess anxiety and depression. Microsoft Excel was used for data tabulation, and EpiInfo™ 7.2 and BioEstat version 5.3 were used for quantitative descriptive and analytical analyses. **Results:** In the first chapter, most of the studied population was male (70.27%), aged between 36 and 55 years (52.25%), and single (67.57%). The HAT-QoL domains with the lowest mean scores were Disclosure concerns (18.87), followed by Financial concerns

(28.83) and Sexual activity (67.79). Sociodemographic variables, such as age, race/color, employment status, viral load, Cluster of Differentiation 4 (CD4), and adherence to Antiretroviral Therapy (ART) had a negative impact on quality of life. Regarding discrimination in health services, 18 individuals reported experiencing some type of prejudiced action during care, most often committed by the nursing staff (72.22%), verbally (83.33%), and in the public health service (88.88%). In the second chapter, possible or probable anxiety symptoms were observed in 60.3% of individuals and depression in 20.7%. In the oral evaluation, 53.1% presented hyposalivation or low salivary flow, 43.2% had acidic salivary pH, and the mean DMFT index was 12.95. There was a significant association between younger age and lower DMFT, as well as between individuals with undetectable viral load and CD4+ >500 cells/mm³ and higher salivary flow. Individuals with probable depression showed a tendency toward worse oral indicators, and the antiretroviral regimen containing Tenofovir + Lamivudine + Darunavir/ritonavir + Etravirine was associated with higher DMFT values. **Conclusion:** Unfavorable socioeconomic and clinical conditions negatively impact the quality of life of people living with HIV/AIDS. Furthermore, despite adequate virological control, people living with HIV present relevant oral alterations, influenced by pharmacological and psychological factors, reinforcing the importance of integrated multiprofessional care.

Keywords: Quality of life; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Social discrimination; Highly Active Antiretroviral Therapy; Mental health; Oral health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV	21
Quadro 2 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre a influência dos fatores psicológicos e farmacológicos na saúde bucal de pessoas vivendo com HIV	27

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, Araçatuba, SP, Brasil. 2025	41
Tabela 2 - Análise dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025	42
Tabela 3 – Análise comparativa dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025	43
Tabela 4 - Análise comparativa dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis relacionadas ao HIV e hábitos das pessoas que vivem com HIV, assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025	45

CAPÍTULO 2

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025	60
Tabela 2 - Regime antirretroviral utilizado pelas pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025	61
Tabela 3 - Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPOD (n=111), Araçatuba, SP, Brasil, 2025	62
Tabela 4 - Análise comparativa das características demográficas e laboratoriais com as condições bucais de pessoas que vivem com HIV atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado - SAE/DST de Araçatuba, SP, Brasil, 2025	63
Tabela 5 - Análise comparativa de regimes antirretrovirais, ansiedade e depressão em relação às condições bucais de pessoas que vivem com HIV atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado – SAE/DST de Araçatuba, SP, Brasil, 2025	63

LISTA DE ABREVIACÕES

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARVs – Antirretrovirais

CD4 – Cluster de diferenciação 4

CPOD – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CV – Carga viral

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FDA – *Food and Drug Administration*

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

HAT-QoL – *HIV/AIDS Targeted Quality of Life* (Instrumento de Qualidade de Vida)

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

pH – Potencial de hidrogênio

PVHIV – Pessoas vivendo com HIV

QV – Qualidade de vida

SAE – Serviço Ambulatorial Especializado

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TARV – Terapia Antirretroviral

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TrMT – Travestis e mulheres trans

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	18
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	31
4.1 Desenho do Estudo	31
4.2 Coleta dos Dados	31
4.3 Análise dos Dados	33
4.4 Aspectos Éticos e Legais	34
5 CAPÍTULO 1 - ESTIGMA SOCIAL E DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV	35
5.1 Resumo	35
5.2 Abstract	36
5.3 Introdução	37
5.4 Material e Métodos	39
5.4.1 Caracterização do Estudo	39
5.4.2 Seleção do Universo Amostral	39
5.4.3 Coleta de Dados	39
5.4.4 Análise dos Dados	40
5.4.5 Aspectos Éticos e legais	40
5.5 Resultados	41
5.6 Discussão	47
5.7 Limitação do Estudo	50
5.8 Conclusão	50
5.9 Referências	51
6 CAPÍTULO 2 - IMPACTO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E DA SAÚDE MENTAL NAS CONDIÇÕES BUCAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV	54
6.1 Resumo	54
6.2 Abstract	55
6.3 Introdução	56
6.4 Material e Métodos	57
6.4.1 Caracterização do Estudo	57
6.4.2 Seleção do Universo Amostral	58

6.4.3 Coleta de Dados	58
6.4.4 Análise dos Dados	59
6.4.5 Aspectos Éticos e legais	59
6.5 Resultados	60
6.6 Discussão	64
6.7 Limitação do Estudo	68
6.8 Conclusão	68
6.9 Referências	69
ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO GERAL

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) configura-se como a epidemia mais longa da história contemporânea e, apesar dos expressivos avanços científicos e terapêuticos, permanece como um importante desafio de saúde pública. No Brasil, o cenário do HIV tem se transformado ao longo das últimas décadas e, em 2025, o país completou 40 anos de políticas e estratégias de enfrentamento ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV) possibilitou o aumento da sobrevivência e a cronificação da infecção¹. Contudo, essa mudança no perfil epidemiológico ampliou a complexidade do cuidado, exigindo abordagens que ultrapassem o controle biológico da doença e incorporem seus impactos clínicos, sociais e estruturais ao longo do tempo.

Entre 1980 e setembro de 2025, foram registrados 1.679.622 casos de pessoas vivendo com HIV ou AIDS no país, cerca de 2 a 3 pessoas vivendo com HIV para cada 1 caso de AIDS. A distribuição regional permanece concentrada no Sudeste (47,3%), seguido pelas regiões Sul (19,0%), Nordeste (18,5%), Norte (8,3%) e Centro-Oeste (6,8%). A razão de sexos, que em 2003 era de 13 homens para cada dez mulheres, apresentou crescimento contínuo a partir de 2004, alcançando, em 2024, a proporção de 28 homens para cada dez mulheres, evidenciando a persistente concentração da epidemia no sexo masculino².

No início da epidemia, o HIV foi fortemente associado a grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e profissionais do sexo, o que favoreceu processos de estigmatização amplamente disseminados na sociedade. Esse estigma, muitas vezes expresso por meio de preconceito velado, independe do grau de escolaridade ou nível de conhecimento e contribui para sentimentos de medo, desconfiança e exclusão social^{3,4}. Apesar dos avanços terapêuticos e preventivos, a infecção pelo HIV ainda permanece cercada por silêncios e tabus, e a discriminação continua a impactar negativamente a vida cotidiana e o acesso aos serviços de saúde, impondo desafios éticos persistentes, especialmente no âmbito da atuação dos profissionais de saúde⁵.

Nesse cenário de cronificação da infecção, a qualidade de vida passou a assumir papel central na avaliação do impacto do HIV, uma vez que a ampliação da sobrevivência não garante, por si só, melhores condições de bem-estar. Mesmo diante do controle virológico e imunológico proporcionado pela TARV, pessoas vivendo com HIV frequentemente enfrentam limitações relacionadas às condições socioeconômicas, às relações sociais, ao trabalho, à sexualidade e à saúde mental. A heterogeneidade da qualidade de vida da população brasileira contribuiu para a formação de distintos estratos sociais, nos quais se inserem subgrupos mais vulneráveis ao HIV/AIDS, progressivamente associados ao processo de pauperização⁶.

Além das dimensões sociais, os efeitos do tratamento antirretroviral também repercutem em diferentes aspectos da saúde. Embora essencial para a manutenção da vida, o uso contínuo da TARV pode estar associado a alterações na cavidade bucal, sobretudo por seus efeitos sobre as glândulas salivares. Alguns fármacos antirretrovirais podem interferir na função glandular e na capacidade tampão da saliva, resultando em redução do fluxo salivar e diminuição do pH. Essas alterações favorecem um ambiente bucal mais suscetível à desmineralização dentária, ao desenvolvimento de cárie e a outras doenças bucais, evidenciando a relevância da saúde bucal no contexto do cuidado integral às pessoas vivendo com HIV⁷.

Ademais, o uso concomitante de medicamentos psicotrópicos, como ansiolíticos e antidepressivos, pode contribuir para a redução do fluxo salivar, potencializando alterações já associadas ao tratamento antirretroviral. O uso desses fármacos é frequente entre pessoas vivendo com HIV, em razão da elevada prevalência de ansiedade e depressão, frequentemente relacionadas ao impacto do diagnóstico, ao estigma social, às experiências de discriminação e às dificuldades socioeconômicas enfrentadas ao longo do curso da doença⁸. Esses fatores podem comprometer o autocuidado, a adesão às práticas de higiene bucal e a busca regular por serviços odontológicos. A avaliação sistemática desses aspectos mostra-se, fundamental para a compreensão dos múltiplos fatores que impactam a saúde bucal e a qualidade de vida dessa população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as características sociodemográficas, os hábitos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os fatores clínicos relacionados à doença; o preconceito e a discriminação sofridos nos serviços de saúde; e o impacto desses aspectos sobre a qualidade de vida. Além disso, avaliar a influência de fatores farmacológicos e psicológicos, como ansiedade e depressão, sobre a saúde bucal de pessoas vivendo com HIV, atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba (SAE/DST) no período de fevereiro a setembro de 2025.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a influência de fatores sociodemográficos e clínicos sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV;
- Avaliar o impacto do estigma e da discriminação relacionados ao HIV sobre a adesão ao tratamento e a integração social dos indivíduos;
- Investigar a influência de fatores psicológicos, especialmente ansiedade e depressão, sobre a saúde bucal de pessoas vivendo com HIV;
- Analisar alterações no pH salivar e no fluxo salivar associadas ao uso de medicamentos antirretrovirais;
- Investigar o impacto da infecção pelo HIV sobre a prevalência de cárie dentária;
- Identificar as principais necessidades de saúde dessa população, a fim de subsidiar o planejamento de estratégias preventivas e terapêuticas que promovam maior bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA[†]

Para a revisão de literatura dos Capítulos 1 e Capítulo 2 foram realizadas buscas nas bases de dados: SciELO; PubMed; Portal.periódico CAPES; Scopus; e Portal Regional da BVS.

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(continua)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
La-Rotta EG <i>et al.</i> ¹	2025	Brasil	Investigar desigualdades de raça/cor da pele e sexo com relação à qualidade de vida de pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em um hospital universitário brasileiro entre 2017 e 2018.	350 pessoas que vivem com o HIV	Estudo Transversal	Destacaram-se diferenças na escolaridade, renda per capita e situação de trabalho por raça/cor autorreferida dos participantes, mostrando desigualdades na população de estudo. O sexo (feminino) é o fator que se associa à maioria dos domínios da qualidade de vida, entre eles satisfação com a vida, preocupação pelo sigilo, saúde, situação financeira e medicamentos, aceitação da infecção por HIV e atividade sexual.
Dutra LMP <i>et al.</i> ²	2023	Brasil	Avaliar a relação entre a qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV (PVHIV).	243 indivíduos atendidos em um serviço de saúde.	Estudo Transversal	Neste estudo, PVHIV com início de tratamento mais recente apresentavam níveis de adesão à TARV mais adequados e regulares quando comparados com aqueles indivíduos com tempo de tratamento mais elevado. Quanto à qualidade de vida aqueles indivíduos com baixa adesão apresentaram comprometimento quase que na totalidade dos domínios avaliados. Sugerindo que os indivíduos com maior tempo de tratamento possuem uma redução da qualidade de vida e da adesão ao uso de TARV.

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Bomfim IGO, Santos SDS, Napoleão AA ³	2022	Brasil	Analisar características demográficas, clínicas e laboratoriais, além de instrumentos para avaliar a adesão ao tratamento: Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Pessoas com HIV (CEAT-VIH), Instrumento de Qualidade de Vida Específico para HIV/AIDS (HAT-QoL) e Escala de Autoeficácia para Adesão Adequada à Terapia Antirretroviral (SEA-ART).	O estudo incluiu 220 participantes	Estudo Transversal	O consumo prévio de álcool ou drogas ilícitas foi relatado por 44,1% dos participantes, e o tabagismo atual ou prévio por 34,1%. O esquema mais comum foi a combinação de dois inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos com um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo (37,3%). A adesão à TARV foi de 62%, e os fatores associados a ela foram morar sozinho, não ter vida sexual ativa, não ser fumante, ter contagem de CD4 ≥ 350 células/mm ³ e ter um escore SEA-ART >100. O medo de revelar o status sorológico para HIV pode dificultar a adesão ao tratamento. Isso pode explicar por que morar sozinho e não ter vida sexual ativa foram associados a uma melhor adesão. Incentivar hábitos de vida saudáveis e promover ferramentas de autoeficácia também pode melhorar a adesão.
Martins RJ <i>et al.</i> ⁴	2024	Brasil	Analisar as características epidemiológicas da doença e os aspectos sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com AIDS no município de Araçatuba - SP, no período de 2011 a 2021.	Foram observadas 701 notificações compulsórias	Estudo descritivo e epidemiológico, com análise quantitativa	Observou-se a predominância do sexo masculino (78,2%), faixa etária de 21 a 30 anos (32,7%), raça/cor autorreferida branca (55,6%) e ensino médio completo (18,6%). A provável forma de transmissão foi a relação sexual com homens.

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Soares GB <i>et al.</i> ⁵	2014	Brasil	Verificar os fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado.	Total de 177 pacientes	Estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico	Na análise da qualidade de vida, o domínio do HAT-QoL com menor média foi Preocupação financeira (39,4), seguido de Preocupação com sigilo (43,2), Atividades sexuais (55,2) e Preocupação com a saúde (62,88). Houve associação entre as variáveis não ter vínculo trabalhista ($p < 0,001$), ser pardo ou negro ($p = 0,045$) e consumir bebida alcoólica ($p = 0,041$), com piores escores da qualidade de vida. Condições socioeconômicas e de saúde inadequadas apresentaram impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS.
Miyada S <i>et al.</i> ⁶	2019	Brasil	Avaliar a qualidade de vida (QV) de pessoas vivendo com HIV/AIDS.	O estudo incluiu 109 participantes.	Estudo Epidemiológico Transversal	O diagnóstico de HIV/AIDS acarreta consequências psicossociais prejudiciais para ambos os sexos, o que afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo, devido ao estigma e preconceito associados ao HIV/AIDS. Considerando os fatores associados aos aspectos sociodemográficos, podemos concluir que os domínios que mais influenciaram a QV dos participantes foram o nível de escolaridade, a situação financeira e a sintomatologia da doença. A escala HAT-QoL mostrou-se consistente para analisar a QV nessa população, destacando diversas relações representativas entre as variáveis do estudo e os domínios do instrumento.

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Garbin CAS <i>et al.</i> ⁷	2010	Brasil	Avaliar a existência de discriminação por meio da análise de aspectos éticos envolvidos no atendimento a pacientes HIV soropositivos por profissionais de saúde.	Participação voluntária de 69 pessoas	Estudo transversal e quantitativo	Constatou-se que dentre as situações discriminatórias vivenciadas pelos portadores do HIV, quatorze foram realizadas por profissionais de enfermagem, doze por médicos, seis por profissionais auxiliares e duas por cirurgiões-dentistas. Das pessoas que sofreram discriminação 85,3% afirmaram ter sido discriminadas no serviço público de saúde. Conclui-se deste quadro que é urgente a construção de uma nova consciência moldada em princípios éticos, capaz de esclarecer os profissionais sobre sua atitude diante da infecção por HIV, visando à humanização na assistência à saúde e à melhoria na qualidade de vida dos pacientes.
Soárez PC <i>et al.</i> ⁸	2009	Brasil	Traduzir para português brasileiro, adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) de um questionário de qualidade de vida (HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument, HAT-QoL) específico para pacientes infectados pelo HIV.	106 indivíduos infectados pelo HIV	Estudo transversal	A proporção de homens na amostra foi de 70,8%. A média de idade foi 39,9 anos. Dos participantes, 40,5% eram homo ou bissexuais. Onze (10,4%) pacientes tinham contagem de células CD4 $\leq$ 200 células/mm ³ . Entre os nove domínios do HAT-QoL, sete (função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, confiança no profissional e função sexual) apresentaram efeito teto substancial. O domínio “função sexual” foi o que apresentou efeito teto mais alto (63,2%). O domínio preocupações financeiras apresentou efeito chão substancial (30,2%).

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J ⁹	2004	Brasil	Avaliar em mulheres com infecção pelo HIV ou com AIDS, a qualidade de vida, por meio da aplicação da escala HAT- QoL.	73 mulheres com infecção pelo HIV	Estudo Transversal	Os resultados ,após análise estatística, indicaram que os domínios mais comprometidos foram: “Preocupações financeiras”, “Preocupação com sigilo sobre a infecção”, “Atividades sexuais”e “Preocupações com a saúde”. Esses resultados foram atribuídos ao fato das mulheres apresentarem ,além da infecção, uma situação sócio-econômica precária que, provavelmente, também interferiu negativamente em sua qualidade de vida. Concluímos que a escala HAT-QoL foi adequada para a população de mulheres portadoras de HIV deste estudo, apesar de ser originária de uma cultura diferente da brasileira ,já que sua aplicação produziu resultados semelhantes aos da literatura internacional.
Silva VGF <i>et al</i> ¹⁰	2024	Brasil	Analisar as representações sociais na perspectiva do “não dito” de profissionais de saúde sobre a sorodiferença ao HIV.	Participaram 51 profissionais de serviços especializados da região metropolitana de uma capital do nordeste brasileiro.	Estudo qualitativo	Os resultados evidenciaram que o núcleo central demonstrou a presença velada de estigmas e déficit de conhecimento ao tratar da sorodiferença ao HIV, representados nas evocações preconceito, desconhecimento, medo, loucura e amor. Os significados atribuídos ao núcleo central sinalizam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na rede de atenção à saúde, a fim de possibilitar a práxis do cuidado, e o enfrentamento dos estigmas que permeiam a sorodiferença e provocam o distanciamento entre parceiros e serviços de saúde.

Quadro 1 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre as características sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o impacto na qualidade de vida e o estigma social sob pessoas que vivem com HIV

(conclusão)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Campos DM, Silva TRS, Freitas AC ¹¹	2023	Brasil	Compreender as problemáticas decorrentes da estigmatização do HIV sobre a vida profissional de trabalhadores soropositivos.	15 participantes do grupo de adesão do Centro de Testagem e Aconselhamento de Imperatriz, Maranhão, Brasil.	Estudo qualitativo	As barreiras interpostas aos interlocutores contribuem para uma percepção negativa da possibilidade de reinserção no mercado de trabalho. A prática de demissões discriminatórias leva os trabalhadores a manterem silêncio constante sobre a situação soropositiva, para que o estigma do HIV não os torne alvo de discriminação no ambiente de trabalho.
Mi T <i>et al.</i> ¹²	2019	China	Examinar o papel mediador do apoio social e da autoeficácia na relação entre a revelação do status sorológico para HIV a familiares e a adesão à TARV.	A amostra do presente estudo consistiu em 874 (69,70%) pais desses que iniciaram a terapia antirretroviral (TARV).	Estudo transversal	As análises revelaram que a revelação do status sorológico para HIV a familiares teve efeitos indiretos significativos na adesão por meio do apoio social e da autoeficácia. Nossos achados sugerem que a revelação do status sorológico para HIV pode afetar positivamente a adesão à TARV por meio de duas vias psicossociais: apoio social e autoeficácia.
Mkonyi LE, Mmary LA ¹³	2025	Tanzânia	Avaliar a magnitude da xerostomia e os fatores associados a um grupo de pessoas vivendo com HIV (PVHIV).	420 pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral.	Estudo Transversal	A prevalência de xerostomia é moderadamente alta entre pessoas vivendo com HIV. Carga viral elevada e desemprego foram os fatores associados à xerostomia. Baixa contagem de CD4 ⁺ , duração do uso de TARV e regime de TARV não foram associados à xerostomia.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Quadro 2 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre a influência dos fatores psicológicos e farmacológicos na saúde bucal de pessoas vivendo com HIV

(continua)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Nittayananta W <i>et al.</i> ¹⁴	2010	Tailândia	Determinar os efeitos do uso prolongado da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) sobre a saúde bucal de indivíduos infectados pelo HIV.	157 indivíduos infectados pelo HIV – 99 em HAART, 58 sem HAART e 50 controles não infectados pelo HIV foram incluídos no estudo.	Estudo Transversal	O regime de TARV mais comum foi 2 NRTI + 2 NNRTI. Indivíduos infectados pelo HIV sem TARV apresentaram maior risco de dor orofacial, xerostomia, lesões orais e bolsas periodontais do que aqueles com TARV de curta duração ($p < 0,01$). As taxas de fluxo salivar não estimulado e estimulado dos indivíduos com TARV foram significativamente menores do que naqueles sem TARV ($p < 0,05$). Concluímos que a terapia antirretroviral de alta atividade (HAART) a longo prazo tem efeitos adversos sobre a saúde bucal de indivíduos infectados pelo HIV.
Vilaça CMM <i>et al.</i> ¹⁵	2021	Brasil	Analisar a presença das lesões orofaciais e dos efeitos colaterais associados ao uso da HAART em pacientes HIV+.	43 indivíduos.	Estudo Transversal	A maioria teve carga viral quantificada abaixo do limite mínimo (74,4%) e contagem de linfócitos T CD4+ acima de 500 células por mm ³ de sangue (56,8%). Algumas lesões orofaciais, infecções oportunistas e efeitos colaterais ao uso da HAART foram identificados, mas somente a presença de lesões orais foram diretamente relacionadas a baixa quantidade de linfócitos T CD4+ ($p=0,05$). Todo cirurgião-dentista deve estar atento a presença de lesões orofaciais de pacientes HIV+ porque isso pode indicar uma baixa contagem de linfócitos T CD4+ e, consequentemente, de baixa adesão ou falha na HAART.

Quadro 2 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre a influência dos fatores psicológicos e farmacológicos na saúde bucal de pessoas vivendo com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Vieira V <i>et al.</i> ¹⁶	2018	Brasil	Avaliar a saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com HIV/AIDS em terapia antirretroviral.	120 pacientes infectados pelo HIV	Estudo Transversal	Em conclusão, este estudo encontrou associações entre saúde bucal precária (alto índice CPOD) e o Resumo do Componente de Saúde Mental em pacientes infectados pelo HIV com depressão. Menor qualidade de vida relacionada à saúde e pior saúde bucal foram observadas em pacientes com comorbidades. Esses achados reforçam a importância de que pacientes com depressão recebam atenção especial em relação à sua qualidade de vida relacionada à saúde e aos cuidados bucais.
Gomes KC <i>et al.</i> ¹⁷	2016	Brasil	Verificar o perfil de pacientes HIV soropositivos, no que diz respeito as características epidemiológicas, sintomas de depressão, nível de auto estima e a condição de saúde bucal.	25 pacientes	Estudo Transversal	Maioria pertencia ao sexo masculino (64%), com idade entre 40-59 anos (52%), solteiros (60%) e heterossexuais (80%). O nível de escolaridade predominante foi o ensino básico (44%), a maioria dos participantes declaram estar trabalhando (36%) e a faixa salarial prevalente, foi de até 2 salários mínimos (56%). Uma grande porcentagem dos indivíduos (84%), relataram que foram contaminados através de relação sexual sem proteção. O CPOD médio de 14,48. Conclui-se que a maioria dos participantes eram homens, adultos, solteiros, heterossexuais, com baixo índice de depressão e boa autoestima. Em relação à saúde bucal, os pacientes apresentam um resultado compatível com a média estadual.

Quadro 2 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre a influência dos fatores psicológicos e farmacológicos na saúde bucal de pessoas vivendo com HIV

(continuação)

Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Azevedo RLW et al. ¹⁸	2015	Brasil	Investigar depressão, ansiedade e transtornos cognitivos leves em pessoas com HIV/AIDS, associados ao uso da TARV e à Qualidade de Vida.	561 pessoas	Estudo Descritivo	Verificou-se maior prevalência de depressão e ansiedade associadas a variáveis como baixa escolaridade e renda. Observou-se, ainda, uma associação estatisticamente significativa e negativa entre a adesão ao TARV com os sintomas de ansiedade. Transtornos cognitivos foram identificados, como: mudança na afetividade e no humor, dificuldade de concentração e outros. Verificou-se que quanto menor a depressão e ansiedade, maior a Qualidade de Vida.
Remor EA ¹⁹	2002	Espanha	Descrever o impacto no bem-estar (ansiedade e depressão) e qualidade de vida das pessoas HIV+ quando o tratamento antirretroviral não apresenta os resultados esperados.	80 pacientes HIV+ em atendimento em um hospital universitário.	Estudo Transversal	Os resultados indicaram que as percepções e expectativas negativas com o tratamento podem modular o estado emocional e impactar negativamente a qualidade de vida das pessoas HIV+; e que um nível de apoio social adequado é capaz de atenuar este impacto negativo.
Santos VF et al. ²⁰	2022	Brasil	Estimar a ocorrência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com vírus da imunodeficiência humana e sua associação com as características sociodemográficas e clínicas. Utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão para a realização das entrevistas./	A amostra constituiu-se de 134 sujeitos.	Estudo Transversal	A prevalência dos sinais e sintomas de ansiedade e depressão foi de 22,3% e 16,4%, respectivamente. Homens apresentaram menos sintomas de depressão que as mulheres ($p=0,04$). Ter filhos aumentou 3,2 vezes as chances de sinais e sintomas de ansiedade ($p<0,05$). Histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis aumentou em 2,4 vezes a chance de ansiedade ($p=0,03$) e histórico de internações aumentou em 3,3 a chance de depressão ($p=0,04$). Conclusão: Sinais e sintomas de ansiedade e depressão foram prevalentes em pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana.

Quadro 2 - Revisão de literatura dos artigos publicados sobre a influência dos fatores psicológicos e farmacológicos na saúde bucal de pessoas vivendo com HIV

(conclusão)						
Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Camara A <i>et al.</i> ²¹	2020	Guiné	Determinar a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão entre pacientes com HIV em Conacri, Guiné. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi utilizada para mensurar a depressão e a ansiedade.	160 pacientes com HIV do Hospital Universitário de Conacri, Guiné.	Estudo Transversal	A prevalência de comorbidade de depressão e ansiedade entre pacientes com HIV foi de 8,1%, e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre pacientes infectados pelo HIV foi de 13,8% e 16,9%, respectivamente. A análise multivariada mostrou que indivíduos com IMC ≤ 18 e que não receberam tratamento antirretroviral apresentaram probabilidade significativamente maior de ter sintomas depressivos. Da mesma forma, ter menos de 40 anos também foi significativamente associado à ansiedade. A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão foi alta nesses pacientes com HIV.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

4 METODOLOGIA EXPANDIDA‡

A presente dissertação foi dividida em dois capítulos:

Capítulo 1: Estigma social e determinantes da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV

Capítulo 2: Impacto da terapia antirretroviral e da saúde mental nas condições bucais de pessoas vivendo com HIV

4.1 Desenho do Estudo

Ambos estudos se caracterizam com abordagem quantitativa, descritiva e analítica, realizados com 111 indivíduos vivendo com HIV atendidos pelo Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba (SAE/DST). A coleta de informações ocorreu entre fevereiro a setembro de 2025.

Para estruturação do universo amostral, foi calculado considerando-se uma população finita de 200 indivíduos vivendo com HIV, atendidos pelo serviço odontológico do SAE-Araçatuba no período delimitado. Adotou-se nível de confiança de 95%, erro máximo de 5% e proporção estimada de 80% da população com alterações bucais, resultando em um tamanho amostral mínimo de 111 participantes, número utilizado neste estudo. Foram incluídos homens e mulheres maiores de 18 anos portadores de HIV, que passaram por atendimento odontológico na unidade e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos menores de 18 anos e indivíduos com incapacidade cognitiva que inviabilizasse a participação no estudo.

4.2 Coleta dos Dados

Primeiramente foram analisados os prontuários clínicos, compostos por identificação, história da doença e dados semiológicos (carga viral, contagem de CD4, uso de medicações antirretrovirais e registro de comorbidades).

Os dados relacionados às questões sociodemográficas, preconceito e discriminação sofridos no serviço de saúde, foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado, construído especificamente para este estudo e aplicado em forma de entrevista pela pesquisadora responsável. As variáveis de caracterização sociodemográfica incluíam: naturalidade, idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista e renda familiar. As relacionadas ao HIV e hábitos são: modo de contaminação, uso da terapia antirretroviral, hábitos de fumo, álcool, uso de drogas e uso de preservativo antes e depois do diagnóstico da doença. Seguido da dimensão discriminação para analisar a ocorrência de situações preconceituosas nos serviços de saúde, incluindo de quais formas ela ocorre, por quais profissionais e em qual âmbito de serviço (público ou privado).

Para análise da Qualidade de vida, foi aplicado o instrumento validado Quality of Life test (HAT-QoL) elaborado por Holmes e Shea¹, originalmente escrito em língua inglesa, e traduzido e validado no Brasil por de Soárez *et al.*² Este instrumento foi selecionado por ser específico de avaliação de qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, além de apresentar boas propriedades psicométricas, boa consistência interna e evidência de validade de construção. O HAT-QoL possui 34 itens divididos em nove domínios: Atividade Geral, Satisfação com a Vida, Preocupações com a Saúde, Preocupações Financeiras, Conscientização sobre o HIV, Questões relativas à medicação, Preocupações em revelar a doença, Confiança no médico e Atividade Sexual. A resposta para todos os itens é obtida através de uma escala tipo Likert que contém: todo o tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo. Em cada questão, anota-se apenas uma opção que corresponde à que melhor caracterize as últimas quatro semanas vivenciadas pelo paciente. Os escores são calculados de acordo com as respostas, e variam de um a cinco, sendo que um corresponde ao pior estado e cinco ao melhor estado ou condição. Os escores obtidos em cada domínio são transformados em índices com ponderação de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo o índice estiver de 100 melhor a qualidade de vida.

Foram analisados os dados laboratoriais através das fichas clínicas da unidade de saúde, em que a equipe de enfermagem realiza a coleta de sangue para controle dos pacientes. Foi identificada a evolução clínica do HIV (contagem de CD4+ atual, carga viral atual). Também foram analisados os prontuários odontológicos, composto por anamnese e índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados). Foram coletadas informações sobre o acesso aos serviços odontológicos, incluindo o tempo desde a última visita ao cirurgião-dentista, quais motivos para procurar o profissional e em qual local o indivíduo prefere ser atendido.

Em seguida, foi aplicado o questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), originalmente desenvolvido por Zigmond e Snaith³ para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral e validado no Brasil por Botega *et al.*⁴ Este possui 14 questões no total, sendo duas subescalas com sete itens cada: uma voltada para a avaliação da ansiedade e outra para a avaliação da depressão. As questões ímpares referem-se à subescala ansiedade e as pares à depressão. Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, com pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade (≥ 8 com ansiedade) e 9 para depressão (≥ 9 com depressão)⁴⁻⁶.

Na análise das condições bucais, primeiramente foi medido o pH salivar por meio de fitas colorimétricas pH- Fix 5,1-7,2 (Macherey- Nagel GmbH & Co. KG, Duren, Germany), as quais apresentam variações de 0,3 entre as escalas de análise salivar, sendo que a determinação do pH é feita comparando-se a cor mostrada na fita, com a escala existente no próprio material. A fita foi colocada na cavidade bucal do pesquisado, permanecendo por 20 segundos⁷.

Para a avaliação do fluxo salivar, realizou-se a coleta de saliva total estimulada, com o paciente sentado confortavelmente em sala ventilada e iluminada, no período da manhã, entre 08h00 e 11h00. Para a produção da saliva estimulada, os indivíduos mastigaram pedaços de borracha não tóxicos, insípidos e inodoros, de 1,0 cm, por um período de 5 minutos. No momento que foi iniciada a mastigação, iniciou-se a marcação do tempo. Durante esse período, os pesquisados depositaram a saliva em tubos estéreis de 50 mL, previamente pesados. Posteriormente à coleta das amostras, os frascos foram pesados no laboratório do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESCO). O fluxo salivar em mL/min foi calculado por meio da subtração do peso do frasco com a saliva e o peso do frasco sozinho, dividido por 5⁸. Adotou-se a classificação para a velocidade do fluxo salivar estimulado, como: hipossalivação (menor que 0,7 mL/min), baixo fluxo (de 0,7 a 1,0 mL/min) e fluxo normal (de 1,0 a 3,0 mL/min)⁹.

4.3 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram tabulados no programa Microsoft Excel 2019 e, posteriormente, analisados nos softwares EpiInfo™ 7.2 e BioEstat 5.3. Realizou-se a estatística descritiva das variáveis, com cálculo de médias, desvios padrão e frequências, conforme a natureza dos dados.

No primeiro capítulo a verificação da normalidade das distribuições foi conduzida pelos testes de Shapiro–Wilk e D’Agostino–Pearson. As comparações entre grupos foram realizadas por meio de testes não paramétricos: o teste de Mann–Whitney, aplicado quando havia duas categorias independentes, e o teste de Kruskal–Wallis, utilizado para três ou mais grupos, seguido do pós-teste de Dunn para identificação das diferenças específicas. O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p < 0,05$.

As comparações das variáveis sociodemográficas, Carga viral, CD4 e Modo de contaminação entre os 9 domínios do HAT-QoL foram realizadas por meio do teste de Kruskal–Wallis, seguido do pós-teste de Dunn para múltiplas comparações. Enquanto as comparações das variáveis: Abandono da TARV, Hábito de fumar, Uso de bebidas alcoólicas e Uso de drogas ilícitas entre os 9 domínios do HAT-QoL foram realizadas por meio do teste de Mann–Whitney.

No segundo capítulo, as análises de variâncias foram feitas entre grupos paramétricos pelo Teste ANOVA de um critério e para os grupos não paramétricos por meio do teste de Kruskal–Wallis. O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p < 0,05$.

As comparações das variáveis Carga Viral, CD4, Regime Antirretroviral, Regime Antiretroviral em pacientes não polimedicamentoso, Ansiedade e Depressão entre a variável CPOD foram realizadas por meio da Análise de Variância (ANOVA), seguido do pós-teste de Tukey para múltiplas comparações.

As comparações das variáveis sociodemográficas, Carga Viral, CD4, Regime Antirretroviral, Regime Antiretroviral em pacientes não polimedicamentoso, Ansiedade e Depressão entre as variáveis pH salivar e Fluxo Salivar foram realizadas por meio do teste de Kruskal–Wallis, seguido do pós-teste de Dunn para múltiplas comparações.

Os resultados foram posteriormente organizados e apresentados em tabelas para melhor interpretação.

4.4 Aspectos Éticos e Legais

Os presentes estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo n.º CAEE: 84707124.5.0000.5420) e atendeu a todos os preceitos éticos para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, estando em conformidade com o exigido na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, Declaração de Helsinque e Código de Nuremberg. Os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 CAPÍTULO 1 - ESTIGMA SOCIAL E DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

5.1 Resumo

Objetivou-se analisar o perfil sociodemográfico de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e o impacto do estigma da doença na qualidade de vida desses indivíduos. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SP. Participaram da pesquisa 111 PVHIV maiores de 18 anos de idade. A coleta foi realizada por meio de questionário estruturado abrangendo dados sociodemográficos, características da infecção, terapia antirretroviral, hábitos e discriminação vivenciada. A qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento HAT-QoL, composto por 34 itens distribuídos em nove domínios. A maioria dos participantes eram do sexo masculino, solteiro e com baixo nível de escolaridade e renda. Os domínios do HAT-QoL com menores médias foram: Preocupações em revelar a doença (18,87), seguido de Preocupações financeiras (28,83) e Atividade sexual (67,79). Variáveis como idade, cor, vínculo trabalhista, carga viral, CD4 e adesão à TARV apresentaram associações significativas. 16,2% dos indivíduos relataram ter sofrido algum tipo de ação preconceituosa, cometida em sua maioria pela equipe de enfermagem (72,2%). Conclui-se que as PVHIV eram na maioria homens, solteiros e de baixo nível socioeconômico. Diferentes domínios em especial “Preocupações em revelar a doença” e “Preocupações financeiras” impactaram negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Sobreviventes de Longo Prazo ao HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Discriminação Social.

Social stigma and determinants of quality of life for people living with HIV

5.2 Abstract

The objective was to analyze the sociodemographic profile of people living with HIV (PLHIV) and the impact of stigma on their quality of life. This cross-sectional and quantitative study was conducted at the Specialized Outpatient Service in Araçatuba, São Paulo. A total of 111 PLHIV aged 18 years or older participated. Data collection was carried out through a structured questionnaire that included sociodemographic information, infection characteristics, antiretroviral therapy, habits, and experiences of discrimination. Quality of life was assessed using the HAT-QoL instrument, which contains 34 items distributed across nine domains. Most participants were male, single, and had low levels of education and income. The HAT-QoL domains with the lowest mean scores were Disclosure worries (18.87), Financial worries (28.83), and Sexual activity (67.79). Variables such as age, skin color, employment status, viral load, CD4 count, and adherence to antiretroviral therapy showed significant associations. A total of 16,2% of participants reported experiencing discriminatory actions, most frequently involving nursing staff (72,22%). The study concludes that the majority of PLHIV were men with low socioeconomic status. Domains related to disease disclosure and financial concerns had the strongest negative effect on quality of life.

Keywords: Quality of Life; HIV Long-Term Survivors; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Social Discrimination.

5.3 Introdução

A epidemia de HIV/AIDS constitui um dos mais importantes desafios de saúde pública das últimas cinco décadas. Entre 1980 e setembro de 2025, foram registrados 1.679.622 casos de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) ou aids no país. Os primeiros casos registrados como HIV no mundo ocorreram em 1977 e 1978, nos Estados Unidos, África Central e Haiti. No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 1980, em São Paulo, porém a síndrome somente foi classificada como HIV em 1982. No início da epidemia adotou-se temporariamente o termo “Doença dos 5H”, visando classificar os grupos considerados de maior risco na época: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo)¹. No final da década de 80, essa categorização foi abolida por ser estigmatizante e equivocada, visto a propagação da doença entre outros grupos, inclusive heterossexuais². Além disso, o uso de drogas injetáveis se tornou um importante fator de infecção, revelando que o HIV estava mais atrelado a determinados comportamentos de risco, como compartilhamento de agulhas e sexo desprotegido³.

Apesar dos avanços e do progresso terapêutico, como políticas públicas ampliadas, diagnóstico e universalização do tratamento antirretroviral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o país continua a registrar milhares de novos casos por ano, com variações regionais e concentração em populações-chave como homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e mulheres. O predomínio da prática heterossexual desprotegida coloca as mulheres cisgênero em situação de vulnerabilidade, principalmente devido às relações extraconjugais dos parceiros, que é impulsionada pelo complexo de virilidade masculina³.

As principais formas de transmissão do HIV são sexuais e sanguíneas, porém pode ocorrer transmissão vertical durante gestação, parto ou aleitamento, exigindo vigilância contínua. Para esse controle, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estabeleceram metas para eliminar a epidemia como problema de saúde pública até 2030. As metas “95–95–95” orientaram políticas nacionais e regionais na última década. Entre 2023 e 2025, o UNAIDS atualizou a agenda global, propondo metas ampliadas para reduzir novas infecções e mortes relacionadas à AIDS, além de estratégias para sustentabilidade da resposta ao HIV. Essas metas enfatizam intervenções combinadas envolvendo testagem, cuidado, adesão ao tratamento, prevenção para populações-chave e redução de desigualdades estruturais⁴.

Com a consolidação da terapia antirretroviral (TARV) e a transformação do HIV em condição crônica, a avaliação da qualidade de vida (QV) tornou-se central. Instrumentos como o HAT-QoL e o WHOQOL-HIV permitem mensurar domínios físicos, psicológicos, sociais e relacionados ao tratamento. A literatura demonstra que a QV de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) é influenciada por determinantes como estado imunoviológico, comorbidades,

efeitos adversos, instabilidade socioeconômica, insegurança quanto à continuidade do tratamento, uso de substâncias, saúde mental e experiências de estigma. Estudos mostram associação entre melhor adesão e escores superiores, enquanto condições sociais adversas reduzem o bem-estar⁵.

O acesso contínuo aos serviços de saúde e à TARV constitui o principal determinante para o controle clínico do HIV e para melhoria da QV. A TARV promove supressão viral, redução da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida. Esquemas modernos com menor toxicidade contribuem para maior adesão⁶⁻⁸. No Brasil, os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) desempenham papel central no cuidado, oferecendo acompanhamento clínico, dispensação de medicamentos, monitoramento laboratorial e apoio psicossocial. Evidências mostram que usuários acompanhados regularmente nos SAE apresentam melhor adesão, maior supressão viral e melhor QV quando comparados a seguimento irregular^{9, 10}.

Apesar dos avanços, o estigma e a discriminação relacionados ao HIV continuam a impactar negativamente a vida das PVHIV. Esse estigma aparece em dimensões sociais, institucionais e internalizadas, estando associado a menor testagem, atraso de diagnóstico, abandono terapêutico, isolamento e piora da saúde mental. Estudos no Brasil documentam discriminação em serviços de saúde e barreiras para populações-chave¹¹.

A literatura destaca que políticas antidiscriminação, capacitação de equipes e práticas inclusivas são essenciais para reduzir o estigma¹². Em 2014, foi promulgada a Lei n.º 12.984, que define o crime de discriminação contra pessoas vivendo com HIV e doentes de AIDS, prevendo pena de multa ou reclusão em situações como negar emprego, segregar em ambiente de trabalho ou divulgar a condição sorológica com intenção de ofensa¹³.

Baseado no exposto, este estudo objetivou investigar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV, compreendendo como fatores clínicos, sociais e estruturais influenciam seu bem-estar, além do impacto do estigma persistente sobre adesão ao tratamento e integração social.

5.4 Material e Métodos

5.4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e analítica, realizado com 111 indivíduos vivendo com HIV atendidos pelo Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba (SAE/DST). A coleta de informações ocorreu entre fevereiro a setembro de 2025.

5.4.2 Seleção do Universo Amostral

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma população finita de 200 indivíduos vivendo com HIV, atendidos pelo serviço odontológico do SAE – Araçatuba no período delimitado. Adotou-se nível de confiança de 95%, erro máximo de 5% e proporção estimada de 80% com alterações bucais, resultando em um tamanho amostral mínimo de 111 participantes, número utilizado neste estudo. Foram incluídos homens e mulheres maiores de 18 anos portadores de HIV, que passaram por atendimento odontológico na unidade e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos menores de 18 anos e indivíduos com incapacidade cognitiva que inviabilizasse a participação no estudo.

5.4.3 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi dividida em duas etapas, a primeira consistiu em análise dos prontuários clínicos e a segunda da aplicação de um questionário estruturado e de um instrumento validado para qualidade de vida.

Primeiramente foram analisados os prontuários clínicos, compostos por identificação, história da doença e dados semiológicos (carga viral, contagem de CD4, uso de medicações antirretrovirais e registro de comorbidades).

Os dados relacionados às questões sociodemográficas, preconceito e discriminação sofridos no serviço de saúde, foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado, construído especificamente para este estudo. As variáveis de caracterização sociodemográfica incluem: naturalidade, idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista e renda familiar. As relacionadas ao HIV e hábitos são: modo de contaminação, uso da terapia antirretroviral, hábitos de fumo, álcool, uso de drogas e uso de preservativo antes e depois do diagnóstico da doença. Seguido da dimensão discriminação para analisar a ocorrência de situações preconceituosas nos serviços de saúde, incluindo de quais formas ela ocorre, por quais profissionais e em qual âmbito de serviço (público ou privado).

Para Qualidade de vida, foi aplicado o instrumento validado *Quality of Life test* (HAT-QoL) elaborado por Holmes & Shea (1999), originalmente escrito em língua inglesa, e traduzido e validado no Brasil por de Soárez et al. (2009). Este instrumento foi selecionado por ser específico de avaliação de qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, além

de apresentar boas propriedades psicométricas, boa consistência interna e evidência de validade de construção. O HAT-QoL possui 34 itens divididos em nove domínios: Atividade Geral, Satisfação com a Vida, Preocupações com a Saúde, Preocupações Financeiras, Conscientização sobre o HIV, Questões relativas à medicação, Preocupações em revelar a doença, Confiança no médico e Atividade Sexual. A resposta para todos os itens é obtida através de uma escala tipo Likert que contém: todo o tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo. Em cada questão, anota-se apenas uma opção que corresponde à que melhor caracterize as últimas quatro semanas vivenciadas pelo paciente. Os escores são calculados de acordo com as respostas, e variam de um a cinco, sendo que um corresponde ao pior estado e cinco ao melhor estado ou condição. Os escores obtidos em cada domínio são transformados em índices com ponderação de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo índice estiver de 100 melhor a qualidade de vida.

5.4.4 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram tabulados no programa Microsoft Excel 2019 e, posteriormente, analisados nos softwares EpiInfo™ 7.2 e BioEstat 5.3. Realizou-se a estatística descritiva das variáveis, com cálculo de médias, desvios padrão e frequências, conforme a natureza dos dados. A verificação da normalidade das distribuições foi conduzida pelos testes de Shapiro–Wilk e D’Agostino–Pearson, indicando ausência de normalidade. Dessa forma, as comparações entre grupos foram realizadas por meio de testes não paramétricos: o teste de Mann–Whitney, aplicado quando havia duas categorias independentes, e o teste de Kruskal–Wallis, utilizado para três ou mais grupos, seguido do pós-teste de Dunn para identificação das diferenças específicas. O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p < 0,05$. Os resultados foram posteriormente organizados e apresentados em tabelas para melhor interpretação.

5.4.5 Aspectos Éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo n.º CAEE: 84707124.5.0000.5420) e atendeu a todos os preceitos éticos para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, estando em conformidade com o exigido na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, Declaração de Helsinque e Código de Nuremberg. Os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5 Resultados

Fizeram parte do estudo 111 indivíduos, sendo a maioria do sexo masculino (70,27%), com idade entre 36 a 55 anos (52,25%), de cor autodeclarada parda (45,04%), estado civil solteiro (67,57%), escolaridade nível Ensino Médio Completo (43,24%), empregados (36,04%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (52,25%), conforme demonstrado na **Tabela 1**.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, Araçatuba, SP, Brasil. 2025.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	30	27,03
Masculino	78	70,27
Transgênero	3	2,70
Total	111	100,00
Idade		
18 a 35	28	25,23
36 a 55	58	52,25
56 a 75	25	22,52
Total	111	100,00
Cor		
Branco	43	38,74
Pardo	50	45,04
Negro	18	16,22
Total	111	100,00
Estado civil		
Solteiro	75	67,57
Casado	15	13,52
União estável	5	4,50
Separado/Divorciado	12	10,81
Viúvo	4	3,60
Total	111	100,00
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	21	18,92
Ensino Fundamental Completo	12	10,81
Ensino Médio Incompleto	3	2,70
Ensino Médio Completo	48	43,24
Ensino Superior Incompleto	12	10,82
Ensino Superior Completo	15	13,51
Total	111	100,00
Vínculo trabalhista		
Empregado Privado	33	29,73
Empregado Público	7	6,31
Autônomo	26	23,42
Afastado/Auxílio doença	4	3,60
Desempregado	23	20,72
Aposentado	18	16,22
Total	111	100,00
Renda Familiar		
Menos de 1 salário mínimo	4	3,60
1 a 2 salários mínimos	58	52,25
3 a 4 salários mínimos	33	29,73
5 a 6 salários mínimos	14	12,61
Mais de 6 salários mínimos	2	1,81
Total	111	100,00

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Quanto às informações clínicas relacionadas ao HIV, a maioria (70,3%) apresentava carga viral indetectável e contagem de linfócitos CD4 maior que 500 células/mm³ (90,6%). Todos os entrevistados faziam uso da TARV (100%), porém 23 indivíduos (20,7%) relataram já terem abandonado alguma vez o tratamento, em sua maioria por motivos de depressão (39,1%). A contaminação foi por relação homossexual em 49,1% dos casos e 52,0% afirmaram saber de quem contraíram o vírus, sendo 69,0% por relação com ex-parceiros.

Em relação aos hábitos, 61,5% não fumavam, porém 53,8% dos fumantes tinham 20 anos ou mais de tabagismo diário. 93,6% não consumiam bebida alcoólica com frequência e 88,4% dos pacientes disseram não fazer uso de drogas ilícitas. Quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, 68,1% disseram sempre usar e 16,0% disseram que nunca usam, mesmo após a descoberta da contaminação.

Sobre o estigma social, na dimensão discriminação do questionário semiestruturado, 16,2% relataram já terem sofrido preconceito por profissionais da saúde, ação cometida pela maioria das vezes pela equipe de enfermagem (72,2%), de forma verbal (83,3%) e no serviço público (88,8%).

Na avaliação da qualidade de vida, os domínios do HAT-QoL com menores médias foram Preocupações em revelar a doença (18,87), seguido de Preocupações financeiras (28,83) e Atividade sexual (67,79). Enquanto os de maiores média foram: Confiança no médico (96,84) e Questões relativas à medicação (91,48), de acordo com a **Tabela 2**.

Tabela 2. Análise dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025.

Domínios	Média	Dp	Alpha Cronbach's
Atividade Geral	79,13	14,94	0,96
Satisfação com a vida	79,28	24,34	0,97
Preocupações com a saúde	81,42	28,06	0,99
Preocupações financeiras	28,83	35,55	0,99
Questões relativas à medicação	91,48	18,01	0,99
Conscientização sobre o HIV	70,15	31,99	0,97
Preocupações em revelar a doença	18,87	23,56	0,98
Confiança no médico	96,84	9,06	0,99
Atividade sexual	67,79	38,53	0,99

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Os resultados da análise comparativa realizada entre as médias obtidas nos 9 domínios do HAT-QoL com as variáveis sociodemográficas, podem ser observadas na **Tabela 3**.

Tabela 3. Análise comparativa dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025.

Variáveis	Atividade Geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Medicação para HIV
Sexo					
Feminino	78,88	78,13	78,54	23,05	92,83
Masculino	79,96	80,93	83,09	31,83	91,98
Transgênero	59,72	47,92	66,66	8,33	65,00
p-valor	0,0659#	0,1373#	0,5694#	0,3095#	0,1669#
Idade					
18 a 35	79,76	91,07	75,22	36,90	90,35
35 a 55	79,09	74,35	80,49	18,53	92,41
55 a 75	78,49	77,50	90,50	43,66	90,57
p-valor	0,8407#	0,0262#	0,0952#	0,0273#	0,8776#
Cor					
Branco	76,35	75,72	85,03	28,87	90,11
Pardo	82,33	83,25	79,25	35,00	93,90
Negro	76,85	76,73	78,82	11,57	88,05
p-valor	0,1783#	0,2741#	0,3524#	0,0397#	0,4793#
Estado civil					
Solteiro	78,94	76,50	78,58	24,66	89,53
Casado	81,11	82,91	90,00	47,22	96,33
União estável	81,66	91,25	92,50	36,66	96,00
Divorciado	77,77	84,89	81,77	22,91	92,91
Viúvo	76,04	85,93	87,50	45,83	100,00
p-valor	0,7629#	0,4523#	0,3616#	0,3795#	0,5195#
Escolaridade					
EF. Incompleto	78,57	82,44	83,03	29,76	94,28
EF. Completo	79,86	72,39	83,33	30,55	90,00
EM. Incompleto	79,16	89,58	87,50	8,33	50,00
EM. Completo	79,33	79,68	82,68	28,81	91,35
ES. Incompleto	81,25	83,33	57,81	15,27	96,66
ES. Completo	76,94	73,75	91,25	41,11	93,33
p-valor	0,9580#	0,9567#	0,1227#	0,5713#	0,5909#
Vínculo trabalhista					
Empregado Privado	80,85	85,35	84,84	26,01	92,27
Empregado Público	82,81	88,28	83,93	64,28	94,28
Autônomo	79,96	82,93	84,85	24,99	91,92
Afastado	62,50	67,18	67,18	4,16	83,75
Desempregado	76,08	66,30	68,47	15,21	89,56
Aposentado	80,78	78,47	88,88	45,37	92,50
p-valor	0,2269#	0,1476#	0,3580#	0,0382#	0,8897#
Renda Familiar					
Até 1 salário mínimo	63,54	75,00	96,87	0,00	95,00
1 a 2 salários mínimos	77,08	76,50	79,95	24,42	88,27
3 a 4 salários mínimos	82,32	78,22	76,32	30,55	93,48
5 a 6 salários mínimos	83,93	91,51	92,41	48,21	98,21
Mais de 6 salários mínimos	83,33	100,00	100,00	50,00	97,50
p-valor	0,2153#	0,1115#	0,1073#	0,1210#	0,4706#

continua.

Variáveis	Conscientização sobre HIV	Revelar a doença	Confiança no médico	Atividade sexual
Sexo				
Feminino	61,66	15,83	98,33	54,58
Masculino	74,35	20,64	97,22	73,24
Transgênero	45,83	3,33	72,22	58,33
p-valor	0,0792#	0,3175#	0,0084#	0,0629#
Idade				
18 a 35	64,28	11,42	97,32	73,21
35 a 55	73,49	20,51	95,97	64,65
55 a 75	69,00	23,40	98,33	69,00
p-valor	0,2828#	0,1914#	0,6325#	0,4435#
Cor				
Branco	70,64	18,37	96,12	65,11
Pardo	70,50	20,50	97,16	75,50
Negro	68,05	15,55	97,68	52,78
p-valor	0,9340#	0,9346#	0,9399#	0,0685#
Estado civil				
Solteiro	71,33	18,53	96,88	67,16
Casado	70,83	20,00	95,00	74,16
União estável	80,00	3,00	91,66	65,00
Divorciado	60,41	27,50	100,00	70,83
Viúvo	62,50	15,00	100,00	50,00
p-valor	0,6761#	0,2826#	0,2074#	0,9005#
Escolaridade				
EF. Incompleto	54,76	23,57	99,20	71,42
EF. Completo	82,29	15,83	97,91	55,20
EM. Incompleto	50,00	16,66	97,22	66,66
EM. Completo	70,83	16,97	97,22	68,75
ES. Incompleto	71,87	25,41	95,14	62,50
ES. Completo	82,50	16,00	92,77	74,16
p-valor	0,0754#	0,5789#	0,2704#	0,8498#
Vínculo trabalhista				
Empregado Privado	69,31	23,94	98,73	73,86
Empregado Público	89,28	15,71	91,66	85,71
Autônomo	62,98	17,88	94,87	75,00
Afastado	71,87	10,00	100,00	25,00
Desempregado	69,02	13,47	95,29	52,71
Aposentado	75,69	21,11	99,53	68,05
p-valor	0,4659#	0,7036#	0,3919#	0,0315#
Renda Familiar				
Menos de 1 salário mínimo	46,87	7,50	100,00	68,75
1 a 2 salários mínimos	70,25	19,39	96,40	63,36
3 a 4 salários mínimos	69,69	20,90	98,73	67,42
5 a 6 salários mínimos	77,67	17,14	94,04	82,14
Mais de 6 salários mínimos	68,75	5,00	91,66	100,00
p-valor	0,5181#	0,8202#	0,2624#	0,2633#

Fonte: Elaborado pela própria autora.

(#) Teste Kruskal–Wallis

A variável sexo apresentou significância ($p=0,0084$) sobre o domínio confiança no médico, demonstrando que pacientes transgêneros possuem menor confiança no profissional ao

serem comparados com outros grupos. Com relação à idade, a faixa etária dos 35 aos 55 anos apresentaram pior QV sobre os domínios: Satisfação com a vida ($p=0,0262$) e Preocupações financeiras ($p=0,0273$). Indivíduos de cor negra também declararam piores condições sobre Aspectos financeiros ($p=0,0397$). Em vínculo trabalhista, aqueles que afirmaram estar afastados ou desempregados demonstraram pior QV sobre os domínios: Preocupações financeiras ($p=0,0382$) e Atividade sexual ($p=0,0315$).

Os resultados da análise comparativa realizada entre os domínios do HAT-QoL com as variáveis relacionadas ao HIV e hábitos dos participantes podem ser observadas na **Tabela 4**.

Tabela 4. Análise comparativa dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis relacionadas ao HIV e hábitos das pessoas que vivem com HIV, assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025.

Variáveis	Atividade Geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Medicação para HIV
Carga Viral (cópias/ml)					
Indetectável	81,46	79,64	84,61	29,80	92,94
<10.000	73,91	75,81	81,25	30,07	83,04
>10.000	72,91	84,37	56,87	18,33	99,50
p-valor	0,0757#	0,8538#	0,0201#	0,8208#	0,0450#
Cluster de diferenciação 4 - CD4 (células/mm³)					
<200	66,66	85,41	47,91	22,22	97,50
De 200 a 499	70,83	71,87	65,62	16,66	81,66
>500	80,38	79,35	84,40	29,96	91,71
p-valor	0,0602#	0,8861#	0,0059#	0,8509#	0,5718#
Modo de contaminação					
Relação Homossexual	79,16	77,08	82,87	24,85	88,88
Relação Heterossexual	78,70	82,31	80,30	29,25	94,05
Mãe para filho	83,33	87,50	78,12	70,83	100,00
Uso de drogas	85,41	50,00	75,00	83,33	85,00
p-valor	0,9623#	0,1827#	0,4221#	0,0853#	0,5846#
Abandono da TARV					
Sim	79,68	66,40	64,84	32,97	91,08
Não	78,97	82,83	85,99	27,74	91,59
p-valor	0,5238*	0,0343*	0,0075*	0,2656*	0,8843*
Hábito de fumar					
Sim	76,92	74,04	75,80	28,84	90,38
Não	80,32	82,11	84,46	28,82	92,08
p-valor	0,2965*	0,0684*	0,0882*	0,5532*	0,2099*
Bebida alcoólica com frequência					
Sim	67,26	71,43	91,96	11,90	100,0
Não	79,92	79,80	80,71	29,97	90,91
p-valor	0,5046*	0,3661*	0,3140*	0,2093*	0,1162*
Uso de drogas ilícitas					
Sim	76,60	73,55	77,88	44,23	95,77
Não	79,46	80,03	81,88	26,78	90,92
p-valor	0,9452*	0,2405*	0,3496*	0,0814*	0,4688*

continua.

Variáveis	Conscientização sobre HIV	Revelar a doença	Confiança no médico	Atividade sexual
Carga Viral (cópias/ml)				
Indetectável	71,31	18,26	98,18	66,98
<10.000	70,11	23,50	92,75	68,47
>10.000	61,25	18,46	95,83	72,50
p-valor	0,7893#	0,8225#	0,2238#	0,8788#
Cluster de diferenciação 4 - CD4 (células/mm³)				
<200	47,91	13,33	100,00	79,17
De 200 a 499	64,58	18,33	81,94	83,33
>500	71,84	19,24	97,55	66,16
p-valor	0,1570#	0,9214#	0,0094#	0,5650#
Modo de contaminação				
Relação Homossexual	76,38	17,22	95,67	65,04
Relação Heterossexual	62,02	17,35	98,42	68,16
Mãe para filho	100,00	52,50	100,00	100,00
Uso de drogas	87,50	70,00	83,33	100,00
p-valor	0,0922#	0,1226#	0,2110#	0,3017#
Abandono da TARV				
Sim	70,83	27,91	96,74	64,13
Não	70,17	16,37	96,87	68,75
p-valor	0,6576*	0,0271*	0,9826*	0,6651*
Hábito de fumar				
Sim	68,91	21,51	98,07	66,02
Não	70,83	17,98	96,18	68,75
p-valor	0,7225*	0,7063*	0,6343*	0,6880*
Bebida alcoólica com frequência				
Sim	82,14	24,28	100,0	82,14
Não	69,35	18,51	96,63	66,82
p-valor	0,5085*	0,1438*	0,5242*	0,4411*
Uso de drogas ilícitas				
Sim	72,11	25,38	97,43	90,38
Não	69,90	18,01	96,76	64,80
p-valor	0,8906*	0,3862*	0,7309*	0,0413*

Fonte: Elaborado pela própria autora.

(*) Teste Mann–Whitney e (#) Teste Kruskal–Wallis

Dentre os resultados encontrados, indivíduos com carga viral acima de 10.000 cópias/ml demonstraram pior QV em Preocupações com a saúde ($p=0,0201$) e o grupo com carga viral abaixo de 10.000 cópias /ml apresentou pior QV sobre Medicamentos para HIV ($p=0,0450$). Sobre a contagem de CD4, o grupo <200 células/mm³ obteve a menor média sobre Preocupações com a saúde ($p=0,0059$), enquanto o grupo de 200 a 499 células/mm³ mostrou menor Confiança no médico ($p= 0,0094$). Pacientes que abandonaram a TARV apresentaram pior QV sobre os domínios: Satisfação com a vida ($p=0,0343$) e Preocupações com a saúde ($p=0,0075$), e aqueles que não abandonaram a TARV exibiram pior média em Revelar a doença ($p=0,0271$). O grupo que não faz uso de drogas ilícitas revelou pior QV em Atividade sexual ($p=0,0413$).

5.6 Discussão

O conjunto de características sociodemográficas identificado neste estudo revela um padrão epidemiológico que reflete não apenas a realidade local, mas também tendências amplamente documentadas no contexto brasileiro. A predominância do HIV em homens, solteiros e autodeclarados pardos mostra-se consistente com o cenário nacional. De acordo com Martins et al.³, a maior concentração de casos ocorre em adultos jovens e do sexo masculino. Além disso, desigualdades raciais e educacionais influenciam diretamente a qualidade de vida, com piores indicadores entre pessoas negras e pardas¹⁶, padrão igualmente percebido neste trabalho.

No âmbito clínico, os resultados da contagem de CD4 e da carga viral mostram o risco que o HIV representa para a saúde, além de indicarem a eficácia do tratamento antirretroviral (TARV). A elevada proporção de participantes com carga viral indetectável e CD4 >500 células/mm³ confirma a efetividade do tratamento ofertado. Entretanto, indivíduos com carga viral >10.000 cópias/mL e CD4 <200 células/mm³ exibiram piores escores de preocupações com a saúde, e cerca de 20,7% relataram abandono prévio da TARV, refletindo vulnerabilidades semelhantes às apontadas por Dutra et al.¹⁷, que observaram maior comprometimento da qualidade de vida em indivíduos com baixa adesão, envolvendo pior satisfação com a vida e maiores preocupações com a saúde.

Parte dos abandonos à TARV relatados neste estudo pode ser explicada pelo estudo de Bomfim et al.¹⁸, que reforçam que o medo de revelar o diagnóstico, viver sozinho e a baixa autoeficácia, em que o paciente apresenta falta de confiança em sua capacidade de manejar o tratamento antirretroviral de forma contínua e adequada, podem dificultar a adesão. Por outro lado, o fato de indivíduos que não abandonaram a TARV apresentarem piores escores no domínio “revelar a doença” sugere mecanismos de autocensura relacionados ao estigma. A adesão geralmente implica um vínculo mais consistente com os serviços de saúde, maior compreensão sobre o prognóstico da infecção e maior percepção das implicações sociais do diagnóstico. Essa consciência ampliada tende a intensificar o medo da exposição pública, uma vez que revelar a condição sorológica pode representar risco de discriminação em ambientes familiares, afetivos e profissionais. Assim, o temor da rejeição funciona como mecanismo de autoproteção¹⁹. Um estudo demonstrou que a revelação do diagnóstico exerce efeitos indiretos sobre a adesão, mediados por autoeficácia e apoio social, indicando que o sigilo pode proteger socialmente, mas aumentar sofrimento emocional²⁰.

Quanto aos hábitos, embora o uso de álcool e drogas ilícitas seja considerado baixo, identificou-se que parte dos pacientes é fumante há mais de 20 anos. O tabagismo prolongado aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e graves, afetando a expectativa de vida. Não ser fumante é fator associado à maior adesão ao tratamento e à melhor qualidade de vida, sugerindo que comportamentos de saúde influenciam diretamente a

experiência terapêutica das PVHIV¹⁸.

Além disso, a observação de que alguns participantes nunca utilizam preservativos, mesmo após o diagnóstico, reforça achados de Soares et al.²¹ e Monteiro et al.²², que relacionam estigma, medo e dificuldades afetivas a mudanças no comportamento sexual. Mesmo com os avanços no tratamento que levam à intransmissibilidade (I=I), princípio segundo o qual a pessoa com carga viral indetectável não transmite o HIV por via sexual, o seu uso é indispensável. Os preservativos previnem reinfecções, outras ISTs e principalmente garantem a segurança de parceiros que não utilizam a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) consiste no uso diário de comprimidos contendo antirretrovirais por pessoas soronegativas, com o objetivo de prevenir a infecção antes de uma possível exposição ao HIV. Trata-se de uma estratégia de prevenção combinada que foi incorporada ao SUS em dezembro de 2017, tornando-se disponível de forma gratuita nas unidades de saúde. Desde então, seu uso tem contribuído para reduzir a incidência de novos casos, sobretudo nas populações-chave e entre parceiros sorodiscordantes, ampliando a segurança nas práticas sexuais e fortalecendo a resposta nacional ao HIV^{21, 22}.

Além do estigma social, o estudo evidenciou o estigma institucional vivenciado nos serviços de saúde. A discriminação foi relatada por parte da amostra, sendo praticada em sua maioria por profissionais de enfermagem e do serviço público. O estudo de Garbin et al.²³ documentou padrão semelhante, revelando que profissionais de enfermagem estavam entre os que mais reproduziam comportamentos preconceituosos. Estudos qualitativos identificaram que representações sociais permeadas por preconceito, medo e desconhecimento continuam influenciando o cuidado, evidenciando a necessidade de capacitação e mudança de práticas. Esses achados confirmam que o estigma institucional constitui uma das principais barreiras para o cuidado integral às PVHIV^{24, 25}.

O estigma tem origem histórica, sendo utilizado desde a Grécia Antiga para marcar pessoas consideradas moralmente inferiores, atribuindo-lhes sinais que as diferenciavam negativamente do restante da sociedade. No contexto do HIV, esse processo permanece atual quando indivíduos são rotulados de forma pejorativa, como “aidéticos”, reforçando uma identidade social depreciada. A partir desse estigma, surge o preconceito, que corresponde ao julgamento antecipado e negativo, muitas vezes sem contato real com a pessoa. Quando esse julgamento é disfarçado, negado ou expresso de forma sutil, caracteriza-se como preconceito velado. Já a discriminação ocorre quando essas crenças se concretizam em atitudes que excluem, constroem ou negam direitos. Assim, o estigma origina o rótulo negativo, o preconceito muitas vezes velado sustenta crenças distorcidas e a discriminação representa sua materialização em práticas que afetam diretamente a vida das pessoas²⁶.

O preconceito velado também impacta negativamente a vida profissional, contribuindo para isolamento e dificuldades de reinserção²⁷. Muitos indivíduos relatam experiências de

discriminação, preocupação em revelar o diagnóstico e receio de perder o emprego. Aqueles que afirmaram estar desempregados ou afastados apresentaram piores escores de preocupações financeiras e menor atividade sexual, reforçando o papel do trabalho como determinante de bem-estar¹⁶. O estigma associado ao HIV pode gerar restrições no desenvolvimento profissional e limitações na inserção ou permanência no mercado de trabalho. Além disso, as demandas clínicas, como consultas frequentes e momentos de maior vulnerabilidade imunológica, podem impactar a produtividade e a estabilidade laboral. Esses desafios reforçam a necessidade de políticas institucionais e ações educativas que promovam ambientes mais inclusivos.

Dentre as piores médias do HAT-QoL, foi perceptível o impacto do domínio “Preocupações em revelar a doença” sobre a qualidade de vida, seguido de “Preocupações financeiras” e “Atividade sexual”, resultados semelhantes entre indivíduos sem vínculo trabalhista ou pertencentes a grupos racialmente vulnerabilizados¹⁶. A literatura reforça que determinantes sociais da saúde são componentes essenciais da experiência de viver com HIV, destacando que preocupações financeiras, sigilo e sexualidade são áreas particularmente afetadas devido ao estigma, à instabilidade econômica e às dificuldades relacionais²⁸⁻³⁰.

A análise comparativa revelou que pessoas trans apresentaram significativamente menor confiança no médico, fenômeno exemplificado por Silva et al.³¹, ao mostrar que preconceito velado e desconhecimento profissional fragilizam o vínculo terapêutico. Travestis e mulheres trans (TrMT) estão entre as populações-chave com maior prevalência de HIV no mundo e possuem especificidades que não têm sido suficientemente atendidas, como cuidados relacionados a questões de gênero e o desrespeito ao nome retificado, práticas observadas em todos os níveis de atenção à saúde e que tornam os desfechos menos favoráveis^{31, 32}.

No entanto, na visão geral dos participantes, os domínios “Confiança no médico” e “Medicação para HIV” obtiveram altos escores, o que reforça a qualidade do cuidado prestado pelo SAE. Esse achado corrobora Soárez et al.¹⁵, na validação brasileira do HAT-QoL, em que foi identificado que vínculo terapêutico e suporte profissional são fatores essenciais para melhor qualidade de vida. Estudos internacionais também apontam que adesão sustentada e construção de vínculo melhoram indicadores de bem-estar e saúde entre PVHIV^{33, 34}.

A literatura internacional afirma que tanto países ricos quanto países em desenvolvimento continuam a dedicar atenção significativa ao HIV/AIDS, sendo necessária a manutenção de políticas que reduzam desigualdades de renda e ampliem o acesso à educação, especialmente em países emergentes. Níveis mais elevados de escolaridade favorecem o conhecimento sobre formas eficazes de prevenção, ampliam o uso dos serviços de saúde e fortalecem a tomada de decisão segura. Paralelamente, melhores condições socioeconômicas reduzem vulnerabilidades associadas à exclusão social, ao trabalho precário e à baixa adesão ao tratamento³⁵.

Este estudo reforça que, apesar dos avanços biomédicos, os determinantes sociais e estruturais, como desigualdades raciais, vulnerabilidade econômica, estigma institucional e

barreiras psicossociais, continuam influenciando significativamente a qualidade de vida das PVHIV³⁶. A superação desses desafios requer estratégias integradas, políticas antidiscriminatórias, fortalecimento dos serviços especializados e formação contínua das equipes de saúde.

5.7 Limitação Do Estudo

O desenho do estudo pode ser considerado uma limitação, pois, em pesquisas transversais, a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente, o que dificulta o estabelecimento de uma relação temporal entre ambos. Embora tenham sido identificadas relações entre exposição e desfecho, não se pode afirmar que a exposição tenha precedido ou causado o desfecho, nem descartar a possibilidade de causalidade reversa ou influência de fatores não mensurados.

5.8 Conclusão

Conclui-se que as PVHIV eram, na maioria, homens, solteiros e de baixo nível socioeconômico, evidenciando um contexto marcado por vulnerabilidades estruturais. Verificou-se que os domínios “Preocupações em revelar a doença” e “Preocupações financeiras” impactaram negativamente a qualidade de vida, indicando que fatores sociodemográficos, relacionais e a deficiência no acolhimento profissional pela equipe de saúde influenciam a experiência de viver com HIV. Assim sendo, além do cuidado clínico, são necessárias ações que fortaleçam a segurança material, qualifiquem o acolhimento nos serviços de saúde, ampliem o acesso aos serviços e o suporte psicossocial, contribuindo para trajetórias de vida mais estáveis e com melhores perspectivas de bem-estar.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

5.9 Referências

1. Lopes PO. HIV e AIDS, passado e presente: os gays como representação social da doença. *Braz J Dev.* 2021;7(5):50122-34. doi: 10.34117/bjdv.v7i5.30028.
2. Garbin S, Martins RJ, Belila NM, Garbin AJI. The stigma of HIV positive users of the public health system. *DST.* 2017;29(1):12-6.
3. Martins RJ, Souza BV, Silva CE, Furtado BA, Oliveira JP, Dias ASP, et al. Características epidemiológicas e sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *REAS.* 2024;24(10):e17876. doi: 10.25248/reas.e17876.2024.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recommended 2030 targets for ending AIDS as a public health threat. 2024 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv>.
5. Shriharsha C, Rentala S. Quality of life among people living with HIV/AIDS and its predictors. *J Fam Med Prim Care.* 2019;8(3):1011-6. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_411_18
6. Berrezouga L, Kooli I, Marrakchi W, Harzallah G, Chakroun M. Quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy. *HIV AIDS.* 2023;15:671-82. doi: 10.2147/HIV.S430376.
7. Jesus GJ, Oliveira LB, Caliar JS, Queiroz AAFL, Gir E, Reis RK. Dificuldades do viver com HIV/Aids. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):301-7. doi: 10.1590/1982-0194201700046.
8. Primeira MR, Santos WM, Paula CC, Padoin SMM. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190141. doi: 10.37689/acta-ape/2020AO0141.
9. Nemes MI, Alencar TM, Basso CR, Castanheira ER, Melchior R, Alves MT, et al. Assessment of outpatient services for AIDS patients. *Rev Saude Publica.* 2013;47(1):137-46. doi: 10.1590/s0034-89102013000100018.
10. Melo RA, Silva ALG, Costa DRRS, Guimaraes MC, Coqueiro LSR, Fernandes FECV. Situações de vulnerabilidade vivenciadas por pessoas transexuais. *Rev Psicol Divers Saúde.* 2023;12:e5109. doi: 10.17267/2317-3394rps.2023.e5109.
11. Nutor JJ, Gyamerah AO, Duah HO, Asakitogum DA, Thompson RGA, Alhassan RK, et al. Association of HIV-related stigma and psychosocial factors with treatment outcomes. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(2):e0002994. doi: 10.1371/journal.pgph.0002994.
12. Fonseca LKS, Santos JVDO, Araújo LF, Sampaio AVFC. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS. *Gerais.* 2020;13(2):1-15. doi: 10.36298/gerais202013e14757.

13. Brasil. Lei nº 12.984, de 2 de maio de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. 2014 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm.
14. Holmes WC, Shea JA. Performance of the HAT-QoL instrument in seropositive individuals. *Qual Life Res.* 1997;6(6):561-71. doi: 10.1023/a:1018464200708.
15. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(1):69-76. doi: 10.1590/s1020-49892009000100011.
16. La-Rotta EG, Chavez LJE, Gomez-Larrota H, Faria PH, Albuquerque AAN, Cecílio FT, et al. Avaliação das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV. *Rev Bras Epidemiol.* 2025;28:e250034. doi: 10.1590/1980-549720250034.2.
17. Dutra LMP, Brum JO, Silva B, Coser J, Fontana RT, Moreira PR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em PVHIV. *Braz J Health Rev.* 2023;6(3):9023-34. doi: 10.34119/bjhrv6n3-054.
18. Bomfim IGO, Santos SDS, Napoleão AA. Adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDs.* 2022;36(7):278-84. doi: 10.1089/apc.2022.0056.
19. Piran CMG, Mori MM, Cargnin AVE, Fonseca BS, Shibukawa BMC, Merino MFGL, et al. Social determinants of adherence among young people living with HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2025;59:e20250026. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0026en.
20. Mi T, Li X, Zhou G, Qiao S, Shen Z, Zhou Y. HIV disclosure and medication adherence. *AIDS Behav.* 2020;24(1):45-54. doi: 10.1007/s10461-019-02456-1.
21. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of PLHIV in Vitória-ES. *Cienc Saúde Coletiva.* 2015;20(4):1075-84. doi: 10.1590/1413-81232015204.00522014.
22. Monteiro S, Villela WV, Knauth D. Discrimination, stigma, and AIDS. *Cad Saude Publica.* 2012;28(1):170-6. doi:10.1590/s0102-311x2012000100018.
23. Garbin CAS, Garbin A, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Rev Bioet.* 2010;17(3):511-22.
24. Barbosa AKP, Monteiro P, Montenegro D, Batista JDL, Montarroyos UR. PrEP in Brazilian setting. *Arch Sex Behav.* 2022;51(5):2603-11. doi: 10.1007/s10508-021-02112-7.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2017 [citado 4 jan 2026].

Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prt0021_29_05_2017.html.

26. Garbin CAS, Martins RJ, Belila NM, Garbin AJI, Rovida TAS. Stigma of HIV positive expressed through veiled prejudice. *DST*. 2016;28(2):64-6.

27. Silva VGF, Serra MAAO, Miranda FAN, Silva CJA, Souza NL, Silva BN, et al. Sorodiferença ao HIV: o “não dito” das representações sociais de profissionais de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2024;45:e20230284. doi: 10.1590/1983-1447.2024.20230284.pt.

28. Souza D, Pereira C, Raxach J. Relatos sobre experiências de estigma com HIV/AIDS no Brasil. *Saúde Debate*. 2023;46(espec):264-76. doi: 10.1590/0103-11042022E719.

29. Campos DM, Silva TRS, Freitas AC. Estigmatização do HIV nas relações de trabalho. *Rev Bras Saude Ocup*. 2023;48:e6. doi: 10.1590/2317-6369/30520pt2023v48e6.

30. Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):430-7. doi: 10.1590/s0102-311x2004000200010.

31. Miyada S, Garbin AJI, Wakayama B, Saliba TA, Garbin CAS. Quality of life of people with HIV/AIDS - the influence of social determinants and disease-related factors. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20180157. doi: 10.1590/0037-8682-0157-2018.

32. Bassichetto KC, Saggese GSR, Maschião LF, Carvalho PGC, Gilmore H, Sevelius J, et al. Factors associated with retention of transgender women living with HIV. *Cad Saude Publica*. 2023;39(4):e00147522. doi: 10.1590/0102-311XPT147522.

33. Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. Health-related quality of life of PLHIV. *Lancet HIV*. 2014;1(1):e32-40. doi: 10.1016/S2352-3018(14)70018-9.

34. Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Med*. 2014;12:142. doi: 10.1186/PREACCEPT-1453408941291432.

35. Dinçer M, Köse N, Ünal E. The role of socioeconomic and behavioral factors in HIV-related deaths. *Humanit Soc Sci Commun*. 2024;11(1):1588. doi: 10.1057/s41599-024-04121-y.

36. Silva DO, Silvério RFL, Almeida PF. Dimensões da continuidade dos cuidados em PVHIV. *Saúde Debate*. 2025;49(145):e9649. doi: 10.1590/2358-289820251459649P.

6 CAPÍTULO 2 - Impacto da Terapia Antirretroviral e da Saúde Mental nas condições bucais de pessoas vivendo com HIV

6.1 Resumo

O objetivo foi avaliar a influência de fatores sociodemográficos, farmacológicos e psicológicos sobre as condições bucais de pessoas que vivem com HIV, atendidas em um Serviço Ambulatorial Especializado do Noroeste Paulista. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, realizado com 111 indivíduos. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais por meio de um questionário semiestruturado e da análise de prontuários clínicos. A presença de Transtornos Mentais Comuns foi avaliada por meio da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). As condições bucais foram analisadas utilizando o índice CPOD, a mensuração do pH e do fluxo salivar total estimulado. Na maioria da amostra (70,3%), observou-se carga viral indetectável e contagem de CD4+ superior a 500 células/mm³. Os sintomas de ansiedade estiveram presentes em 60,3% dos indivíduos e os de depressão em 20,7%. Em relação à saúde bucal, 53,1% apresentaram hipossalivação, 43,2% pH salivar ácido e a média do índice CPOD foi de 12,95. Identificou-se associação significativa entre menor faixa etária e menor CPOD, bem como entre carga viral indetectável e CD4+ >500 células/mm³ com maior fluxo salivar. Indivíduos com depressão mostraram tendência a piores indicadores bucais, e o regime antirretroviral composto por TDF + 3TC + DRV/r + Etravirina demonstrou associação com valores mais elevados de CPOD. Conclui-se que, mesmo com controle virológico adequado, pessoas que vivem com HIV apresentam alterações bucais relevantes, influenciadas por fatores farmacológicos e psicológicos, reforçando a importância do cuidado multiprofissional integrado em serviços especializados de saúde pública.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Ansiedade; Depressão; Saúde Bucal.

Impact of Antiretroviral Therapy and Mental Health on the Oral Health Conditions of People Living with HIV

6.2 Abstract

The objective was to evaluate the influence of sociodemographic, pharmacological, and psychological factors on the oral conditions of people living with HIV receiving care at a Specialized Outpatient Service in Northwestern São Paulo State. This was an observational, cross-sectional, and analytical study conducted with 111 individuals. Sociodemographic, clinical, and behavioral data were collected through a semi-structured questionnaire and review of clinical records. The presence of Common Mental Disorders was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Oral conditions were analyzed using the DMFT index, salivary pH measurement, and total stimulated salivary flow rate. In most of the sample (70.3%), an undetectable viral load and a CD4⁺ count greater than 500 cells/mm³ were observed. Anxiety symptoms were present in 60.3% of individuals, and depressive symptoms in 20.7%. Regarding oral health, 53.1% presented hyposalivation, 43.2% had acidic salivary pH, and the mean DMFT index was 12.95. A significant association was identified between younger age and lower DMFT, as well as between undetectable viral load and CD4⁺ >500 cells/mm³ with higher salivary flow. Individuals with depression showed a tendency toward worse oral indicators, and the antiretroviral regimen composed of TDF + 3TC + DRV/r + Etravirine was associated with higher DMFT values. It is concluded that, even with adequate virological control, people living with HIV present relevant oral alterations influenced by pharmacological and psychological factors, reinforcing the importance of integrated multiprofessional care in specialized public health services.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Highly Active Antiretroviral Therapy; Anxiety; Depression; Oral Health.

6.3 Introdução

O HIV é um retrovírus de RNA que ataca o sistema imunológico, levando à supressão da imunidade da pessoa infectada e enfraquecendo as defesas do organismo a um nível que torna o corpo humano extremamente suscetível a infecções oportunistas e malignidades¹. As alterações bucais constituem alguns dos sinais clínicos mais precoces relacionados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podendo inclusive indicar o avanço para estágios mais graves da doença². Por serem manifestações associadas diretamente ao grau de imunossupressão, essas lesões servem como indicadores relevantes para identificação precoce e acompanhamento clínico de indivíduos infectados¹.

A contagem de linfócitos CD4 por mililitro tem sido amplamente utilizada como marcador laboratorial de imunossupressão na infecção pelo vírus, pois na doença ocorre a diminuição gradual no número de células CD4+, especialmente de células T auxiliares, linfócitos B, macrófagos e células natural killer. Pessoas vivendo com HIV apresentando contagem de linfócitos CD4 <200 células/mm³ são consideradas gravemente imunodeprimidas³. Outro marcador importante é a contagem da carga viral de RNA (quantidade de cópias de RNA do HIV-1 por mililitro). A detecção de carga viral de RNA >10.000 cópias por mililitro pode indicar que o indivíduo se encontra em viremia ativa².

No Brasil, o cenário do HIV tem se transformado ao longo das últimas décadas. Em 2025, o país completou 40 anos de resposta ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e no decorrer desses anos houve ampliação de testagens, redução da progressão para AIDS e da mortalidade associada, aliadas ao início imediato da terapia antirretroviral combinada e maior supressão viral⁴. A distribuição gratuita da terapia antirretroviral (TARV) no país teve início em 1991 e foi garantida como política obrigatória do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1996, com a promulgação da Lei n.º 9.313⁵. Essa terapia levou à redução expressiva nas infecções oportunistas, aumentou a expectativa de vida e proporcionou a melhora significativa da qualidade de vida, convertendo o HIV em uma condição crônica. Também refletiu na diminuição da ocorrência de condições bucais, como: candidíase oral, sarcoma de Kaposi e leucoplasia pilosa^{6,7}.

O uso de esquemas modernos, com menor toxicidade e posologias simplificadas, tem contribuído para adesão mais elevada e melhor experiência terapêutica⁸. Entretanto, apesar dos benefícios clínicos, o uso prolongado de antirretrovirais pode acarretar redução do fluxo salivar e alterações no equilíbrio microbiológico da cavidade oral, favorecendo a instalação de quadros de xerostomia, e como consequência proporcionar o desenvolvimento de doenças como a cárie dentária⁹.

A xerostomia apresenta múltiplas etiologias, desenvolvendo-se mais frequentemente como efeito adverso de medicamentos, de forma secundária devido à radioterapia na região da cabeça e pescoço e pela Síndrome de Sjögren¹⁰. Uma grande variedade de medicamentos tem

o potencial de afetar a função das glândulas salivares, cujo efeito vai depender da dose e do número de medicamentos utilizados¹¹. A saliva desempenha funções essenciais para a manutenção da saúde bucal, como: lubrificação da mucosa, proteção mecânica e imunológica, tamponamento de ácidos e favorecimento da digestão e deglutição¹². No caso do fluxo salivar estar reduzido, ocorre o aumento da desmineralização do esmalte, acúmulo de placa bacteriana e desequilíbrio da microbiota bucal, o que propicia a ocorrência de cáries, doenças periodontais e infecções fúngicas¹³.

A cárie dentária é uma doença multifatorial que ainda se mantém como o principal problema da cavidade bucal. Em especial, o fator químico caracteriza-se por alterações no pH, fluxo de minerais e na solubilidade da interface dente-saliva. As Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), devido ao uso de antirretrovirais, estão susceptíveis à ocorrência de xerostomia e hipofunção das glândulas salivares^{9,14}. Entretanto, esses medicamentos favorecem a redução de diversas outras manifestações estomatológicas, o que torna inviável a suspensão do uso¹⁵.

Ademais os efeitos farmacológicos da TARV, as PVHIV apresentam predisposição maior a alterações bucais devido ao estado psicológico. O estudo de Nedelcovych et al.¹⁶ revelou uma relação complexa entre a infecção por HIV, neuroinflamação e comorbidades neurológicas e psiquiátricas. Transtornos como ansiedade e depressão podem ter relação direta com a neuropatia da infecção, tornando mais complexo o quadro de imunossupressão e a adesão ao tratamento. De acordo com Galvão et al.,¹⁷ pessoas que apresentaram adesão insatisfatória à TARV, tinham mais sintomas de ansiedade e depressão em comparação com aquelas que tinham uma adesão adequada. Dessa maneira, compreender de forma integrada os fatores farmacológicos e psicológicos que acometem pessoas vivendo com HIV torna-se essencial para ampliar a abordagem clínica em saúde bucal.

Baseado no exposto, o objetivo do estudo foi avaliar a influência de fatores sociodemográficos, farmacológicos e psicológicos sobre as condições bucais de pessoas que vivem com HIV, atendidas em um Serviço Ambulatorial Especializado do Noroeste Paulista.

6.4 Material e Métodos

6.4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e analítica, realizado com 111 indivíduos vivendo com HIV atendidos pelo Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba (SAE/DST). A coleta de informações ocorreu entre fevereiro a setembro de 2025.

6.4.2 Seleção do Universo Amostral

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma população finita de 200 indivíduos vivendo com HIV, atendidos pelo serviço odontológico do SAE- Araçatuba no período delimitado. Adotou-se nível de confiança de 95%, erro máximo de 5% e proporção estimada de 80% da população com alterações bucais, resultando em um tamanho amostral mínimo de 111 participantes, número utilizado neste estudo. Foram incluídos homens e mulheres maiores de 18 anos portadores de HIV, que passaram por atendimento odontológico na unidade e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos menores de 18 anos e indivíduos com incapacidade cognitiva que inviabilizasse a participação no estudo.

6.4.3 Coleta de Dados

Inicialmente foram coletados os dados sociodemográficos através de um questionário semiestruturado que incluía: naturalidade, idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista e renda familiar. Aspectos relacionados ao HIV como: modo de contaminação e uso da terapia antirretroviral, e de hábitos como: fumo, álcool, uso de drogas e de preservativo antes e depois do diagnóstico da doença. Além de informações sobre o acesso aos serviços odontológicos, incluindo o tempo desde a última visita ao cirurgião-dentista, quais motivos para procurar o profissional e em qual local o indivíduo prefere ser atendido.

Foram analisados os dados laboratoriais através das fichas clínicas da unidade de saúde, onde a equipe de enfermagem realiza a coleta de sangue para controle dos pacientes. Foi identificada a evolução clínica do HIV (contagem de CD4+ atual, carga viral atual). Também foram analisados os prontuários odontológicos, compostos por anamnese e índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), realizados pela equipe de saúde bucal do ambulatório especializado.

Em seguida, foi aplicado o questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), originalmente desenvolvido por Zigmond & Snaith¹⁸ em 1983 para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral e validado no Brasil em 1995 por Botega et al.¹⁹. Este possui 14 questões no total, sendo duas subescalas com sete itens cada: uma voltada para a avaliação da ansiedade e outra para a avaliação da depressão. As questões ímpares referem-se à subescala ansiedade e as pares à depressão. Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, com pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade (≥ 8 com ansiedade) e 9 para depressão (≥ 9 com depressão)^{20, 21}.

Na análise das condições bucais, primeiramente foi medido o pH salivar por meio de fitas colorimétricas pH- Fix 5,1-7,2 (Macherey- Nagel GmbH & Co. KG, Duren, Germany), as quais apresentam variações de 0,3 entre as escalas de análise salivar, sendo que a determinação do pH é feita comparando-se a cor mostrada na fita, com a escala existente no próprio material. A fita foi colocada na cavidade bucal do pesquisado, onde permaneceu por 20 segundos²².

Para o teste de fluxo salivar foi realizada a coleta da saliva total estimulada, com o paciente sentado confortavelmente em uma sala ventilada e iluminada. Para a produção da saliva estimulada, os indivíduos mastigaram pedaços de borracha não tóxicos, insípidos e inodoros, de 1,0 cm, por um período de 5 minutos. No momento que foi iniciada a mastigação, iniciou-se a marcação do tempo. Durante esse período, os pesquisados depositaram a saliva em tubos estéreis de 50 mL, previamente pesados. Posteriormente a coleta das amostras, os frascos foram pesados no laboratório do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESCO). O fluxo salivar em mL/min foi calculado por meio da subtração do peso do frasco com a saliva e o peso do frasco sozinho, dividido por 5. Adotou-se a classificação para a velocidade do fluxo salivar estimulado, como: hipossalivação (menor que 0,7 mL/min), baixo fluxo (de 0,7 a 1,0 mL/min) e fluxo normal (de 1,0 a 3,0 mL/min) ^{23, 24}.

6.4.4 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram tabulados no programa Microsoft Excel 2019 e, posteriormente, analisados nos softwares EpiInfo™ 7.2 e BioEstat 5.3. Realizou-se estatística descritiva das variáveis, com cálculo de médias e frequências, conforme a natureza dos dados.

A verificação da normalidade das distribuições foi conduzida pelos testes de Shapiro–Wilk e D’Agostino–Pearson. As análises foram feitas entre grupos paramétricos pelo Teste ANOVA de um critério e para os grupos não paramétricos por meio do teste de Kruskal–Wallis.

As comparações das variáveis Carga Viral, CD4, Regime Antirretroviral, Regime Antirretroviral em pacientes não polimedicamentoso, Ansiedade e Depressão entre a variável CPOD foram realizadas por meio da Análise de Variância (ANOVA), seguido do pós-teste de Tukey para múltiplas comparações.

As comparações das variáveis sociodemográficas, Carga Viral, CD4, Regime Antirretroviral, Regime Antirretroviral em pacientes não polimedicamentoso, Ansiedade e Depressão entre as variáveis pH salivar e Fluxo Salivar foram realizadas por meio do teste de Kruskal–Wallis, seguido do pós-teste de Dunn para múltiplas comparações.

O nível de significância adotado em todas as análises foi de $p < 0,05$. Os resultados foram posteriormente organizados e apresentados em tabelas para melhor interpretação.

6.4.5 Aspectos Éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo n.º CAEE: 84707124.5.0000.5420) e atendeu a todos os preceitos éticos para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, estando em conformidade com o exigido na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, Declaração de Helsinque e Código de Nuremberg. Os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.5 Resultados

Dos 111 indivíduos participantes da pesquisa, a maioria era homens (70,27%), com média de idade entre 36 a 55 anos (52,25%), de cor autodeclarada parda (45,04%), estado civil solteiro (67,57%), nível de escolaridade Ensino Médio Completo (43,24%), empregados (36,04%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (52,25%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
Sexo		
Mulher Cisgênero	30	27,03
Homem Cisgênero	78	70,27
Mulher Transgênero	3	2,70
Total	111	100,00
Idade		
18 a 35	28	25,23
36 a 55	58	52,25
56 a 75	25	22,52
Total	111	100,00
Cor		
Branco	43	38,74
Pardo	50	45,04
Negro	18	16,22
Total	111	100,00
Estado civil		
Solteiro	75	67,57
Casado	15	13,52
União estável	5	4,50
Separado/Divorciado	12	10,81
Viúvo	4	3,60
Total	111	100,00
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	21	18,92
Ensino Fundamental Completo	12	10,81
Ensino Médio Incompleto	3	2,70
Ensino Médio Completo	48	43,24
Ensino Superior Incompleto	12	10,82
Ensino Superior Completo	15	13,51
Total	111	100,00
Vínculo trabalhista		
Empregado Privado	33	29,73
Empregado Público	7	6,31
Autônomo	26	23,42
Afastado/Auxílio doença	4	3,60
Desempregado	23	20,72
Aposentado	18	16,22
Total	111	100,00
Renda Familiar		
Menos de 1 Salário Mínimo	4	3,60
1 a 2 Salários Mínimos	58	52,25
3 a 4 Salários Mínimos	33	29,73
5 a 6 Salários Mínimos	14	12,61
Mais de 6 Salários Mínimos	2	1,81
Total	111	100,00

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em relação aos hábitos, 64,8% não fumavam e 53,8% dos fumantes tinham 20 anos ou mais de tabagismo diário. Quanto a carga tabágica em anos-maço, 20 (18,1%) eram fumantes leves, 14 (12,6%) fumantes moderados e 5 (4,5%) fumantes pesados. A maioria (93,6%) não consumia bebida alcoólica com frequência e não utilizava drogas ilícitas (88,4%). Quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, 68,1% disseram sempre usar e 16% afirmaram não fazer uso, mesmo após o diagnóstico.

A forma de contaminação predominante foi por meio de relação homossexual (49,1%). A Carga Viral da maioria (70,3%) era indetectável e a contagem de linfócitos CD4 maior que 500 células/mm³ (90,6%). A totalidade dos entrevistados faziam uso da TARV, porém 23 indivíduos (20,7%) relataram já terem abandonado alguma vez o tratamento, em sua maioria por motivos de depressão (39,1%).

Entre os medicamentos em uso na TARV foram observados 8 tipos de regimes antirretrovirais, a maioria fazia uso da associação de Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir (57,7%) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Regime antirretroviral utilizado pelas pessoas que vivem com HIV assistidas no Serviço Ambulatorial Especializado de Araçatuba – SAE/DST, SP, Brasil, 2025.

Regime antirretroviral	Descrição dos componentes	n	%
TDF + 3TC + DLG	Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir	64	57,7
TDF + 3TC + DRV/r	Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/ritonavir	19	17,1
3TC + DLG	Lamivudina + Dolutegravir	12	10,8
TDF + 3TC + DRV/r + DLG	Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/ritonavir + Dolutegravir	5	4,5
DLG + DRV/r	Dolutegravir + Darunavir/ritonavir	4	3,6
3TC + DRV/r	Lamivudina + Darunavir/ritonavir	2	1,8
TDF + 3TC + ATV/r	Tenofovir + Lamivudina + Atazanavir/ritonavir	2	1,8
TDF + 3TC + DRV/r + Etravirina	Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/ritonavir + Etravirina	3	2,7
Total		111	100

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Além da TARV, 62 (55,8%) indivíduos faziam uso de outros medicamentos, como antidepressivos (29,7%), ansiolíticos (24,3%), anti-hipertensivos (19,8%), imunomoduladores (14,4%) e antidiabéticos (9%).

A aplicação do HADS mostrou que, em relação à ansiedade, 44 (39,7%) indivíduos eram improváveis, 39 (35,1%) prováveis e 28 (25,2%) possíveis para o diagnóstico. Em relação à depressão, 88 (79,3%) eram improváveis, 10 (9%) prováveis e 13 (11,7%) possíveis para a condição.

A avaliação dos parâmetros salivares revelou, por meio da sialometria estimulada, que 36 (32,4%) indivíduos apresentavam hipossalivação, 23 (20,7%) baixo fluxo e 52 (46,9%) fluxo normal. A análise do pH salivar evidenciou que 63 indivíduos (56,8%) apresentaram pH médio de 6,2, classificado como neutro (valores $\geq 6,0$), enquanto 48 (43,2%) apresentaram pH médio de 5,4, considerado ácido (valores $< 6,0$). Em relação ao Índice CPOD foram identificados o número de dentes cariados, perdidos e obturados. A média do índice CPOD foi equivalente a 12,95 dentes acometidos por cárie dentária, sendo predominante o componente “Obturado” (44,71%), conforme a **Tabela 3**.

Tabela 3. Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPOD (n=111), Araçatuba, SP, Brasil, 2025.

Condição	Número	Média	Desvio-padrão	Porcentagem
Cariados	286	2,58	3,39	19,89
Perdidos	509	4,58	5,70	35,40
Obturados	643	5,79	5,22	44,71
CPOD	1438	12,95	8,13	100

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em relação à ida regular a consultas com o cirurgião-dentista antes do diagnóstico, 58 (52,2%) indivíduos afirmaram não ir regularmente. Quanto ao intervalo de tempo desde a última consulta, 48 (43,3%) disseram ter ido ao cirurgião-dentista há mais de 1 ano, 25 (22,5%) entre 6 meses a 1 ano e 38 (34,2%) há menos de 6 meses. A respeito dos principais motivos para a consulta ao cirurgião-dentista, 62 (55,9%) afirmaram procurar atendimento para manutenção de higiene, 44 (39,6%) para fazer restaurações, 24 (21,6%) quando estão com dor, 10 (9%) para extrações dentárias e 5 (4,5%) para tratamento protético. Referente ao lugar onde procuram atendimento odontológico, 48 (43,2%) indivíduos disseram preferir ir no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), 37 (33,3%) consultório particular, 32 (28,8%) UBS próxima à residência, 13 (11,7%) utilizam plano de saúde odontológico e 5 (4,5%) realizam tratamentos em Universidades de Odontologia.

No que diz respeito a revelar seu estado sorológico para outro cirurgião-dentista que não trabalha no SAE, 78 (70,3%) disseram revelar sem preocupações e os demais preferem não revelar. Questionados sobre o porquê de não revelar, 21 (18,9%) alegam medo de sofrer discriminação, 5 (4,5%) medo de não ser atendido, 3 (2,7%) medo de outras pessoas saberem, 3 (2,7%) afirmam falta de vínculo com o profissional, e 1 (0,9%) não acha necessário que saibam.

Os resultados das comparações entre as variáveis pH salivar, Fluxo Salivar e CPOD com as variáveis demográficas e laboratoriais podem ser observados na **Tabela 4**.

Tabela 4. Análise comparativa das características demográficas e laboratoriais com as condições bucais de pessoas que vivem com HIV atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado – SAE/DST de Araçatuba, SP, Brasil, 2025.

Variáveis	pH salivar	Fluxo salivar	CPOD
Sexo			
Feminino	6,0	0,9	14,6
Masculino	5,8	1,2	12,3
Transgênero	5,6	1,0	11,6
p-valor	0,2728#	0,1577#	0,5745#
Idade			
18 a 35	5,8	1,2	5,5
35 a 55	5,9	1,1	14,2
55 a 75	5,8	1,1	18,5
p-valor	0,7017#	0,7394#	0,0001#
Carga Viral (cópias/ml)			
>10.000	5,8	1,2	10,8
<10.000	5,9	1,2	12,2
Indetectável	6,1	1,9	13,4
p-valor	0,3694*	0,0461#	0,6297*
Cluster de diferenciação 4 - CD4 (células/mm³)			
<200	5,8	1,2	13,1
De 200 a 499	6,1	1,3	9,8
>500	6,1	2,1	13,1
p-valor	0,1348#	0,0460#	0,6396*

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Teste de Kruskal-Wallis, *Teste ANOVA

Dentre os resultados encontrados houve significância ($p=0,0001$) entre menor faixa de idade e menor índice CPOD. Na análise do fluxo salivar, apesar de todos estarem dentro do padrão de normalidade, foi encontrado significância entre carga viral indetectável ($p=0,0461$) e CD4 >500 ($p=0,0460$) e maior fluxo salivar.

Os resultados da análise comparativa entre as variáveis farmacológicas e psicológicas e as condições bucais estão apresentados a seguir na **Tabela 5**.

Tabela 5. Análise comparativa de regimes antirretrovirais, ansiedade e depressão em relação às condições bucais de pessoas que vivem com HIV atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado – SAE/DST de Araçatuba, SP, Brasil, 2025

Variáveis	pH salivar	Fluxo salivar	CPOD
Regime antirretroviral (n=111)			
3TC + DLG	5,8	1,1	15,4
3TC + DRV/r	5,5	0,8	11
DLG + DRV/r	5,5	0,5	16
TDF + 3TC + DRV/r + Etravirina	5,6	0,9	25,3
TDF + 3TC + ATV/r	5,5	1,7	8
TDF + 3TC + DLG	5,8	1,4	11,4
TDF + 3TC + DRV/r	5,9	1,2	13
TDF + 3TC + DRV/r + DLG	6,4	1,3	18,6
p-valor	0,3833#	0,5656#	0,0428*

Regime antirretroviral (pacientes não polimedicamentosos, n= 49)			
3TC + DLG	6,0	1,3	16,4
3TC + DRV/r	6,9	1,2	11
DLG + DRV/r	5,5	0,5	11
TDF + 3TC + DRV/r + Etravirina	5,5	0,9	27,5
TDF + 3TC + ATV/r	5,5	1,7	8
TDF + 3TC + DLG	5,8	1,3	11,1
TDF + 3TC + DRV/r	6,1	1,1	11,2
TDF + 3TC + DRV/r + DLG	6,5	1,4	24,5
p-valor	0,3143#	0,6318#	0,0786*
Ansiedade			
Improvável	5,9	1,0	14,6
Possível	5,9	1,3	11,8
Provável	5,7	1,2	11,9
p-valor	0,2863*	0,2179#	0,2115*
Depressão			
Improvável	5,9	1,2	12,7
Possível	6,0	1,2	13,7
Provável	5,5	0,7	13,7
p-valor	0,0978#	0,1109#	0,8830*

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Teste de Kruskal-Wallis, *Teste ANOVA

Acerca dos resultados encontrados, observou-se significância ($p=0,0428$) na amostra geral entre o Regime Antirretroviral composto por TDF + 3TC + DRV/r + Etravirina com maior índice CPOD. Apesar de a associação das condições bucais com os antirretrovirais não demonstrar significância na amostra composta apenas por pacientes não polimedicamentosos, a média CPOD prevaleceu superior aos outros regimes antirretrovirais. Além disso, o mesmo apresentou tendência abaixo da normalidade quanto ao pH e fluxo salivar. Em relação aos transtornos psicológicos não houve significância, porém indivíduos com provável depressão apresentaram tendência a piores condições bucais em todas variáveis analisadas.

6.6 Discussão

As condições bucais de Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) resultam de uma complexa interação entre fatores sociodemográficos, farmacológicos e psicológicos. O presente estudo evidenciou uma amostra predominantemente masculina, composta por adultos, com renda familiar de até dois salários mínimos, além de média elevada do índice CPOD e alta frequência de xerostomia. Os resultados se assemelham ao observado em recentes pesquisas brasileiras conduzidas em serviços ambulatoriais especializados, as quais demonstraram que condições socioeconômicas desfavoráveis estão associadas a piores indicadores de saúde bucal e menor acesso a cuidados odontológicos preventivos^{25, 26}.

Além disso, os achados encontrados estão de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2025, o qual revelou que entre 2007 e setembro de 2025, a principal categoria de exposição no sexo masculino foi a de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), estando

os casos associados à exposição homo/bissexual, em especial entre jovens e adultos jovens. Nas faixas etárias mais avançadas, o perfil de exposição se aproxima do padrão heterossexual, em concordância com a categoria de exposição no sexo feminino⁴.

Apesar de o número de mulheres na amostra ser menor que o de homens, o que pode amplificar diferenças numéricas, foi observado neste grupo um maior CPOD, refletindo a interação entre fatores biológicos, histórico de cuidado odontológico, aspectos psicossociais e uso de medicamentos. As mulheres frequentemente acumulam papéis sociais, como cuidado da família e trabalho doméstico, além de apresentarem maior vulnerabilidade econômica. A literatura mostra que mulheres vivendo com HIV têm maior prevalência de sintomas depressivos e ansiedade, fatores que são associados ao descuido com a sua saúde bucal, maior risco de xerostomia e menor adesão a práticas preventivas, especialmente em períodos de sofrimento emocional^{27, 28}.

Observou-se, clinicamente, a prevalência da utilização do esquema preferencial para a terapia antirretroviral ao HIV adotado no Brasil, composto pela associação de dois ITRN/ITRNt (inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo/nucleotídeo) – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG)²⁹. A maioria dos participantes apresentaram carga viral indetectável e contagem de linfócitos CD4 superior a 500 células/mm³. Entretanto, houve prevalência de alterações salivares, como hipossalivação e pH salivar ácido. Evidências indicam que, mesmo sob controle virológico adequado, a TARV pode comprometer a função das glândulas salivares, favorecendo xerostomia, redução do fluxo salivar e alterações do pH, fatores diretamente relacionados ao aumento do risco de cárie dentária^{30, 31}. Esses achados reforçam que a supressão viral, embora fundamental, não elimina completamente os efeitos sistêmicos e orais associados ao HIV e ao seu tratamento.

A xerostomia associada à terapia antirretroviral (TARV) possui origem multifatorial, resultando da combinação de efeitos diretos dos medicamentos sobre as glândulas salivares, com possível toxicidade celular e alterações nos mecanismos de secreção, além de disfunção do sistema nervoso autônomo, que reduz o estímulo parassimpático responsável pela produção salivar¹². Além disso, o estado de inflamação crônica residual provocado pelo HIV, mesmo em indivíduos com carga viral indetectável, pode alterar a composição, o pH e a capacidade tampão da saliva^{32, 33}.

A polifarmácia frequente nessa população, especialmente o uso concomitante de antidepressivos, ansiolíticos e anti-hipertensivos, potencializa o efeito xerostômico dos antirretrovirais³⁴. Adicionalmente, alterações metabólicas induzidas pela TARV, como resistência à insulina, dislipidemias e desidratação relativa, comprometem a função das glândulas salivares³⁵, enquanto fatores psicológicos, como ansiedade e depressão, e seus respectivos tratamentos farmacológicos contribuem de forma indireta para a redução do fluxo

salivar e para a percepção subjetiva de boca seca³⁶.

A média elevada do índice CPOD encontrada neste estudo reflete um histórico acumulado de doença cárie, com predomínio dos componentes “obturado” e “perdido”. A associação significativa entre maior faixa etária e maior CPOD apontam o envelhecimento das PVHIV como um fator crítico para o agravamento das condições bucais, especialmente em função do maior tempo de exposição à TARV e a fatores de risco comportamentais e metabólicos³⁷. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias preventivas contínuas e acompanhamento odontológico sistemático ao longo da vida.

Entre os regimes antirretrovirais, observou-se que o esquema composto por Tenofovir + Lamivudina + Darunavir/ritonavir + Etravirina apresentou valores mais elevados do índice CPOD. A etravirina (Intelence™; Tibotec), um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (INNTR), foi aprovada pelo FDA em 2008 para o tratamento de infecção pelo HIV-1, em combinação com outros ARVs para o tratamento de pacientes que já fizeram alguma terapia prévia e que tenham variantes de HIV-1 resistentes a outros fármacos dessa classe^{38,39}. Ela é frequentemente indicada em esquemas de resgate terapêutico, geralmente em pacientes com histórico de falha virológica ou resistência medicamentosa. Estudos recentes sugerem que regimes mais complexos, especialmente aqueles que incluem inibidores de protease potencializados e INNTRs, estão associados a maior risco de efeitos adversos orais, como xerostomia e alterações salivares, contribuindo indiretamente para o aumento da experiência de cárie^{40,41}.

Mesmo na análise restrita aos pacientes não polimedicamentosos, o regime contendo etravirina manteve médias mais elevadas de CPOD, além de tendência a menor fluxo salivar e pH mais ácido. Esses achados sugerem que o impacto observado não se deve exclusivamente à polifarmácia, mas possivelmente ao perfil clínico dos pacientes que utilizam esquemas de resgate. A terapia de resgate é indicada quando ocorre falha virológica a esquemas prévios, frequentemente associada à resistência viral, histórico de múltiplos tratamentos e maior tempo de infecção. Esses pacientes tendem a apresentar maior complexidade clínica, maior carga inflamatória sistêmica e, em muitos casos, imunossupressão mais prolongada, fatores que podem repercutir negativamente na saúde bucal⁴¹.

Visando conter esse problema de falha virológica e a manutenção dos benefícios da terapia antirretroviral, destaca-se o princípio da “Retenção” da Linha de Cuidados de IST/AIDS divulgada pela Coordenadoria de IST/AIDS da Cidade de São Paulo. É definido como um método dinâmico e multifatorial, influenciado pelo acesso aos serviços, condições clínicas, fatores psicossociais, culturais e comportamentais, demandando monitoramento constante e responsabilização entre usuário e equipe de saúde. Operacionalmente, considera-se retido o usuário que realiza ao menos duas visitas ao serviço em um ano, com intervalo máximo de seis meses, sendo caracterizado abandono após seis meses de ausência. A baixa retenção associa-se

a piores desfechos clínicos, como maior morbimortalidade, atraso na supressão viral, risco de resistência à TARV e aumento da mortalidade ⁴².

Embora não estejam completamente esclarecidos os determinantes de insucesso da retenção ao longo do tempo, vulnerabilidades sociais e programáticas, bem como o estigma e a discriminação vivenciados pelas pessoas com HIV/AIDS, configuram importantes barreiras ao cuidado ⁴³. Grupos como jovens, homens, pessoas de raça/cor preta, usuários de substâncias psicoativas e indivíduos em situação de rua apresentam maior risco de não retenção nos serviços de saúde⁴².

Já entre os vários estudos sobre a adesão a medicamentos, a variável história de doença psiquiátrica é a única a que se mostra consistentemente associada com a falta de adesão⁴⁴. A depressão é uma das comorbidades psiquiátricas mais comuns em pacientes infectados pelo HIV. Foram identificadas ligações entre a neuroinflamação crônica e alterações neuroendócrinas induzidas pelo estresse e humor deprimido. As alterações na regulação do humor associadas ao HIV se estendem aos sintomas de ansiedade, como evidenciado pelo aumento da prevalência de transtornos ansiosos, incluindo Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A TEPT inclui alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e comprometimento da modulação cortical da reatividade da amígdala. Acredita-se que essas alterações nos circuitos neurais sejam a base da persistência de memórias intrusivas de medo, hipervigilância e pesadelos¹⁷.

Em uma sociedade onde o estresse está em ascensão e a busca por uma melhor qualidade de vida é constante, transtornos psíquicos como ansiedade e depressão são cada vez mais comuns, principalmente em populações mais vulneráveis⁴⁵. A saúde mental mostrou-se um fator relevante no contexto do presente estudo. Embora não tenha sido observada associação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão e as variáveis bucais, achados revelam que indivíduos com provável depressão apresentam tendência a piores condições de pH, fluxo salivar e CPOD. Os sintomas depressivos e ansiosos estão associados ao descuido com a higiene oral, menor adesão a consultas odontológicas e maior prevalência de cárie e perdas dentárias em PVHIV⁴⁶. Ademais, a depressão foi o principal motivo relatado para o abandono prévio da TARV, reforçando seu impacto negativo tanto na adesão ao tratamento, quanto na saúde bucal.

Observou-se o uso concomitante de medicamentos psicotrópicos, como antidepressivos e ansiolíticos, por parcela significativa da amostra. Esses fármacos são amplamente reconhecidos por seu efeito xerostômico, podendo potencializar as alterações salivares já associadas à TARV. Estudos destacam que a xerostomia induzida por medicamentos é um fator frequentemente subestimado em PVHIV, mas que exerce impacto significativo na qualidade de vida, no risco de cárie e na progressão da doença periodontal^{47, 48}.

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos e à revelação do estado sorológico,

mantém-se persistente a ocorrência do estigma associado ao HIV. O receio de discriminação ainda é relatado como motivo para não revelar o diagnóstico a cirurgiões-dentistas fora do serviço especializado, o que pode comprometer a continuidade do cuidado. O medo da rejeição e a falta de vínculo com o profissional continuam sendo barreiras importantes para o cuidado integral das PVHIV, impactando negativamente a saúde bucal e geral dessa população^{49, 50}.

O SAE/DST do município de Araçatuba apresenta uma entrada lateral, exclusiva para a entrada e saída de pacientes atendidos nesse setor, o que pode caracterizar uma forma de discriminação. Entretanto, sob outra perspectiva, pode-se acreditar que seja uma forma de proteger os pacientes PVHIV de atitudes preconceituosas de usuários dos serviços de saúde, estigma formado no início da pandemia pela desinformação e contribuição negativa dos meios midiáticos.

6.7 Limitação Do Estudo

O desenho do estudo pode ser considerado uma limitação, pois, em pesquisas transversais, a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente, o que dificulta o estabelecimento de uma relação temporal entre ambos. Embora tenham sido identificadas relações entre exposição e desfecho, não se pode afirmar que a exposição tenha precedido ou causado o desfecho, nem descartar a possibilidade de causalidade reversa ou influência de fatores não mensurados.

6.8 Conclusão

Conclui-se que as condições bucais de pessoas vivendo com HIV resultam da interação entre o tratamento antirretroviral, fatores psicossociais e o cuidado em saúde ao longo do tempo. Mesmo diante do controle virológico e imunológico, persistem alterações como hipossalivação, pH salivar ácido e elevados valores de CPOD, especialmente associadas a sintomas depressivos e a determinados esquemas terapêuticos. Esses achados reforçam a necessidade de integração entre os serviços médico, odontológico e de saúde mental, com ênfase em ações preventivas e no monitoramento contínuo do cuidado.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pelo apoio para a realização desse trabalho e a coordenação do SAE/DST do município de Araçatuba, SP, Brasil, que possibilitou a execução deste estudo.

6.9 Referências

1. Vohra P, Jamatia K, Subhada B, Tiwari RVC, Althaf MN, Jain C. Correlation of CD4 counts with oral and systemic manifestations in HIV patients. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(10):3247-52. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_767_19.
2. Frimpong P, Amponsah EK, Abebrese J, Kim SM. Oral manifestations and their correlation to baseline CD4 count of HIV/AIDS patients in Ghana. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2017;43(1):29-36. doi: 10.5125/jkaoms.2017.43.1.29.
3. Saini R. Oral lesions: a true clinical indicator in human immunodeficiency virus. *J Nat Sci Biol Med*. 2011;2(2):145-50. doi: 10.4103/0976-9668.92316.
4. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2025: número especial. 2025 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hiv-e-aids-numero-especial-dez-2025.pdf/view>
5. Fernandes JRM, Acurcio FA, Campos LN, Guimarães MDC. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1369-80. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600019.
6. Nicolatou-Galitis O, Velegraki A, Paikos S, Economopoulou P, Stefaniotis T, Papanikolaou IS, et al. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-1 infected patients: a Greek study. *Oral Dis*. 2004;10(3):145-50. doi: 10.1046/j.1601-0825.2003.00994.x.
7. El Howati A, Tappuni A. Systematic review of the changing pattern of the oral manifestations of HIV. *J Investig Clin Dent*. 2018;9(4):e12351. doi: 10.1111/jicd.12351.
8. Berrezouga L, Kooli I, Marrakchi W, Harzallah G, Chakroun M. Quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy. *HIV AIDS*. 2023;15:671-82. doi: 10.2147/HIV.S430376.
9. Wang Y, Matangkasombut O, Kemoli AM, John-Stewart G, Benki-Nugent S, Slyker J, et al. Oral microbiome and dental caries in Kenyan children and adolescents living with HIV. *JDR Clin Transl Res*. 2025;10(4):447-56. doi: 10.1177/23800844241311862.
10. Navazesh M, Mulligan R, Komaroff E, Redford M, Greenspan D, Phelan J. The prevalence of xerostomia and salivary gland hypofunction in a cohort of HIV-positive and at-risk women. *J Dent Res*. 2000;79(7):1502-7. doi: 10.1177/00220345000790071201.
11. Wolff A, Joshi RK, Ekström J, Aframian D, Pedersen AM, Proctor G, et al. A guide to medications inducing salivary gland dysfunction, xerostomia, and subjective sialorrhea: a

systematic review. *Drugs R D*. 2017;17(1):1-28. doi: 10.1007/s40268-016-0153-9.

12. Tinós AMFG, Sales-Peres SHC. Xerostomia related to HIV infection/AIDS: a critical review. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(3):214-22. doi: 10.1590/rou.2014.036.

13. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc*. 2003;134(1):61-9. doi: 10.14219/jada.archive.2003.0018.

14. Cavasin Filho JC, Giovani EM. Xerostomia, cárie dentária e doença periodontal em pacientes HIV+. *Braz J Infect Dis*. 2009;13(1):13-7. doi: 10.1590/S1413-86702009000100005

15. Hegde MN, Malhotra A, Hegde ND. Salivary pH and buffering capacity in early and late human immunodeficiency virus infection. *Dent Res J*. 2013;10(6):772-6.

16. Nedelcovych MT, Manning AA, Semenova S, Gamaldo C, Haughey NJ, Slusher BS. The psychiatric impact of HIV. *ACS Chem Neurosci*. 2017;8(7):1432-4. doi: 10.1021/acscchemneuro.7b00169.

17. Galvão MTG, Gir E, Fiuza MLT, Cunha GH, Reis RK. Níveis de ansiedade e depressão e adesão aos antirretrovirais de pessoas com HIV/AIDS. In: *Anais do 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Natal; 2013 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: https://portal.eventosaben.org.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0424co.pdf.

18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

19. Botega NJ, Bio NR, Zomignani MA, Garcia JC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):359-63. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004.

20. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(6):285-9.

21. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anestesiol*. 2006;56(5):470-7. doi: 10.1590/S0034-70942006000500005.

22. Serratine ACP, Silva MRM. Validação de um método simplificado de avaliação do pH salivar em crianças. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2009;9(2):217-21. doi: 10.4034/1519.0501.2009.0092.0014.

23. Moura JKD, Barros LA, Oliveira AEF, Ribeiro CCC, Lopes FF. Avaliação quantitativa do fluxo salivar estimulado em crianças e adolescentes. *Rev Odonto Ciênc*. 2008;23(4):380-3.

24. Krasse B. Exame salivar. In: Krasse B. Risco de cárie: guia prático para controle e assessoramento. São Paulo: Quintessence; 1986. p. 41-43.
25. Soares GB, Garbin CA, Rovida TA, Garbin AJ. Oral health associated with quality of life of people living with HIV/AIDS in Brazil. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:28. doi: 10.1186/1477-7525-12-28.
26. Maia LA, Vieira-Meyer APGF, Saintrain MVL, Soares Nuto SDA, Moraes APP. Satisfação e acesso à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS no nordeste brasileiro. *Saude Debate*. 2021;45(129):406-19. doi: 10.1590/0103-1104202112912.
27. Cunha GH, Fontenele MSM, Galvão MTG, Dantas MB, Gomes MEC, Fachine FV, et al. Factors associated with symptoms of anxiety and depression in people living with HIV in Northeast Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024;97(1):87-98. doi: 10.1097/QAI.0000000000003468.
28. Santos VF, Maia ICVL, Pedrosa SC, Costa AKB, Galvão MTG. Sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV: estudo transversal. *Saúde Coletiva*. 2022;12(76):10500-11. doi: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i76p10500-10511.
29. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2017 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_manejo_hiv_adulto-1.pdf
30. López-Verdín S, Andrade-Villanueva J, Zamora-Perez AL, Bologna-Molina R, Cervantes-Cabrera JJ, Molina-Frechero N. Differences in salivary flow level, xerostomia, and flavor alteration in Mexican HIV patients with or without antiretroviral therapy. *AIDS Res Treat*. 2013;2013:613278. doi: 10.1155/2013/613278.
31. Meer S. Human immunodeficiency virus and salivary gland pathology: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019;128(1):52-9. doi: 10.1016/j.oooo.2019.01.001.
32. Heron SE, Elahi S. HIV infection and compromised mucosal immunity: oral manifestations and systemic inflammation. *Front Immunol*. 2017;8:241. doi: 10.3389/fimmu.2017.00241.
33. Vilaça CMM, Souza MP, Silva AD, Thuller KABR, Leite LG, Takahama Junior A, et al. Lesões orofaciais e efeitos colaterais em pacientes HIV positivos em uso da terapia antirretroviral altamente ativa. *Arch Health Investig*. 2021;10(2):356-61. doi: 10.21270/archi.v10i2.4696.
34. Quintão MPB, Soares JM, Santos AF, Motta PG. A importância do reconhecimento das manifestações orais e a correlação com doenças sistêmicas. *Rev Univaco Med Saúde*. 2023;2(1):11-5.

35. Navazesh M, Mulligan R, Karim R, Mack WJ, Ram S, Seirawan H, et al. Effect of HAART on salivary gland function in the Women's Interagency HIV Study. *Oral Dis.* 2009;15(1):52-60. doi: 10.1111/j.1601-0825.2008.01456.x.
36. Gholami N, Hosseini Sabzvari B, Razzaghi A, Salah S. Effect of stress, anxiety and depression on unstimulated salivary flow rate and xerostomia. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2017;11(4):247-52. doi: 10.15171/joddd.2017.043.
37. Ryder MI, Shiboski C, Yao TJ, Moscicki AB. Current trends and new developments in HIV research and periodontal diseases. *Periodontol* 2000. 2020;82(1):65-77. doi: 10.1111/prd.12321.
38. Minuto JJ, Haubrich R. Etravirine: a second-generation NNRTI for treatment-experienced adults with resistant HIV-1 infection. *Futur HIV Ther.* 2008;2(6):525-37. doi: 10.2217/17469600.2.6.525.
39. Diz Dios P, Scully C. Antiretroviral therapy: effects on orofacial health and health care. *Oral Dis.* 2014;20(2):136-45. doi: 10.1111/odi.12093.
40. Porter SR, Scully C. HIV topic update: protease inhibitor therapy and oral health care. *Oral Dis.* 1998;4(3):159-63. doi: 10.1111/j.1601-0825.1998.tb00273.x.
41. Rao KV, Chitturi RT, Kattappagari KK, Kantheti LP, Poosarla C, Baddam VR. Impact of highly active antiretroviral therapy on oral manifestations of patients with HIV/AIDS in South India. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2015;36(1):35-39. doi: 10.4103/0253-7184.156703.
42. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Linha de cuidados de IST/Aids. 4th ed. 2020 [12 jan 2026]. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_2020.pdf
43. Giordano TP, Gifford AL, White AC Jr, Suarez-Almazor ME, Rabeneck L, Hartman C, et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clin Infect Dis.* 2007;44(11):1493-9. doi: 10.1086/516778.
44. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção do tratamento antirretroviral em adultos com AIDS, Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):86-92. doi: 10.1590/S0104-42302006000200017.
45. Gomes KC, Garbin CAS, Garbin AJI, Sumida DH, Gatto RCJ. Perfil epidemiológico de pacientes HIV soropositivo atendidos em um centro especializado. *Arch Health Investig.* 2016;5(Spec Iss 1):304. doi: 1010.21270/archi.v5i0.1334.
46. Laguna GGC, Maciel FBM, Gama AV, Cordeiro MGL, Silva ABC, Barros MHS, et al.

Atualizações acerca da saúde mental de pessoas que vivem com HIV: revisão integrativa. Saude Redes. 2023;9(3):1-14. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.3929

47. Jeganathan S, Carey H, Purnomo J. Impact of xerostomia on oral health and quality of life among adults infected with HIV-1. Spec Care Dentist. 2012;32(4):130-5. doi: 10.1111/j.1754-4505.2012.00247.x.

48. Mkonyi LE, Mmary LA. Xerostomia and associated factors among adults with HIV on HAART attending VCT clinics in Dar es Salaam. BMC Oral Health. 2025;25(1):655. doi: 10.1186/s12903-025-05993-5.

49. Patel N, Furin JJ, Willenberg DJ, Chirouze NJA, Vernon LT. HIV-related stigma in the dental setting: a qualitative study. Spec Care Dentist. 2015;35(1):22-8. doi: 10.1111/scd.12078

50. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025>.

ANEXOS

ANEXO A - Referências Introdução Geral

1. Berrezouga L, Kooli I, Marrakchi W, Harzallah G, Chakroun M. Quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy. *HIV AIDS*. 2023;15:671-82. doi: 10.2147/HIV.S430376.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2025: número especial. 2025 [citado 4 jan 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hiv-e-aids-numero-especial-dez-2025.pdf/view>
3. Garbin CAS, Martins RJ, Belila NM, Garbin AJI, Rovida TAS. Stigma of HIV positive expressed through veiled prejudice. *DST*. 2016;28(2):64-6.
4. Garbin S, Martins RJ, Belila NM, Garbin AJI. The stigma of HIV positive users of the public health system. *DST*. 2017;29(1):12-6.
5. Garbin CAS, Garbin A, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Rev Bioet*. 2010;17(3):511-22.
6. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of PLHIV in Vitória-ES. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1075-84. doi: 10.1590/1413-81232015204.00522014.
7. Vilaça CMM, Souza MP, Silva AD, Thuller KABR, Leite LG, Takahama Junior A, et al. Lesões orofaciais e efeitos colaterais em pacientes HIV positivos em uso da terapia antirretroviral altamente ativa. *Arch Health Investig*. 2021;10(2):356-61. doi: 10.21270/archi.v10i2.4696.
8. Camara A, Sow MS, Touré A, Sako FB, Camara I, Soumaoro K, et al. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e8. doi: 10.1017/S095026881900222X.

ANEXO B - Referências do Quadro de Revisão de Literatura

1. La-Rotta EG, Chavez LJE, Gomez-Larrota H, Faria PH, Albuquerque AAN, Cecílio FT, et al. Avaliação das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV. *Rev Bras Epidemiol*. 2025;28:e250034. doi: 10.1590/1980-549720250034.2.
2. Dutra LMP, Brum JO, Silva B, Coser J, Fontana RT, Moreira PR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em PVHIV. *Braz J Health Rev*. 2023;6(3):9023-34. doi: 10.34119/bjhrv6n3-054.
3. Bomfim IGO, Santos SDS, Napoleão AA. Adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDs*. 2022;36(7):278-84. doi: 10.1089/apc.2022.0056.
4. Martins RJ, Souza BV, Silva CE, Furtado BA, Oliveira JP, Dias ASP, et al. Características epidemiológicas e sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *REAS*. 2024;24(10):e17876. doi: 10.25248/reas.e17876.2024.
5. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of PLHIV in Vitória-ES. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1075-84. doi: 10.1590/1413-81232015204.00522014.
6. Miyada S, Garbin AJI, Wakayama B, Saliba TA, Garbin CAS. Quality of life of people with HIV/AIDS - the influence of social determinants and disease-related factors. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20180157. doi: 10.1590/0037-8682-0157-2018.
7. Garbin CAS, Garbin A, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Rev Bioet*. 2010;17(3):511-22.
8. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(1):69-76. doi: 10.1590/s1020-49892009000100011.
9. Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):430-7. doi: 10.1590/s0102-311x2004000200010.
10. Silva VGF, Serra MAAO, Miranda FAN, Silva CJA, Souza NL, Silva BN, et al. Sorodiferença ao HIV: o “não dito” das representações sociais de profissionais de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2024;45:e20230284. doi: 10.1590/1983-1447.2024.20230284.pt.
11. Campos DM, Silva TRS, Freitas AC. Estigmatização do HIV nas relações de trabalho. *Rev Bras Saude Ocup*. 2023;48:e6. doi: 10.1590/2317-6369/30520pt2023v48e6.
12. Mi T, Li X, Zhou G, Qiao S, Shen Z, Zhou Y. HIV disclosure and medication adherence. *AIDS Behav*. 2020;24(1):45-54. doi: 10.1007/s10461-019-02456-1.

13. Mkonyi LE, Mmary LA. Xerostomia and associated factors among adults with HIV on HAART attending VCT clinics in Dar es Salaam. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):655. doi: 10.1186/s12903-025-05993-5.
14. Nittayananta W, Talungchit S, Jaruratanasirikul S, Silpapojakul K, Chayakul P, Nilmanat A, et al. Effects of long-term use of HAART on oral health status of HIV-infected subjects. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(5):397-406. doi: 10.1111/j.1600-0714.2009.00875.x.
15. Vilaça CMM, Souza MP, Silva AD, Thuller KABR, Leite LG, Takahama Junior A, et al. Lesões orofaciais e efeitos colaterais em pacientes HIV positivos em uso da terapia antirretroviral altamente ativa. *Arch Health Investig*. 2021;10(2):356-61. doi: 10.21270/archi.v10i2.4696.
16. Vieira VC, Lins L, Sarmento VA, Martins Netto E, Brites C. Oral health and health-related quality of life in HIV patients. *BMC Oral Health*. 2018;18:151. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0605-4>.
17. Gomes KC, Garbin CAS, Garbin AJI, Sumida DH, Gatto RCJ. Perfil epidemiológico de pacientes HIV soropositivo atendidos em um centro especializado. *Arch Health Investig*. 2016;5(Spec Iss 1):304. doi: 10.21270/archi.v5i0.1334.
18. Azevedo RLW, Silva EAA, Dionísio LR, Saldanha AAW. Avaliação neuropsicológica em HIV/AIDS: transtornos afetivos/cognitivos associados à TARV e à qualidade de vida. *Rev Interam Psicol*. 2015;48(2):238-51. doi: 10.30849/rip/ijp.v48i3.263.
19. Remor EA. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psic Teor Pesq*. 2002;18(3):283-7. doi: 10.1590/S0102-37722002000300007.
20. Santos VF, Maia ICVL, Pedrosa SC, Costa AKB, Galvão MTG. Sinais e sintomas de ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV: estudo transversal. *Saúde Coletiva*. 2022;12(76):10500-11. doi: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i76p10500-10511.
21. Camara A, Sow MS, Touré A, Sako FB, Camara I, Soumaoro K, et al. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e8. doi: 10.1017/S095026881900222X.

ANEXO C - Referências da Metodologia Expandida

1. Holmes WC, Shea JA. Performance of the HAT-QoL instrument in seropositive individuals. *Qual Life Res.* 1997;6(6):561-71. doi: 10.1023/a:1018464200708.
2. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(1):69-76. doi: 10.1590/s1020-49892009000100011.
3. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
4. Botega NJ, Bio NR, Zomignani MA, Garcia JC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica.* 1995;29(5):359-63. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004.
5. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(6):285-9.
6. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(5):470-7. doi: 10.1590/S0034-70942006000500005.
7. Serratine ACP, Silva MRM. Validação de um método simplificado de avaliação do pH salivar em crianças. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2009;9(2):217-21. doi: 10.4034/1519.0501.2009.0092.0014.
8. Falcão DP, Mota LMH da, Pires AL, Bezerra ACB. Sialometria: aspectos de interesse clínico. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2013Nov;53(6):525–31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.03.001>
9. Krasse B. Exame salivar. In: Krasse B. Risco de cárie: guia prático para controle e assessoramento. São Paulo: Quintessence; 1986. p. 41-43.

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desmistificando o HIV: saúde bucal e qualidade de vida de indivíduos soropositivos de um serviço especializado

Pesquisador: Ronald Jefferson Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84707124.5.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.264.195

Apresentação do Projeto:

O projeto tem por objetivo analisar as características sociodemográficas e condições de saúde bucal, a contagem de carga viral, os efeitos do uso de medicamentos antirretrovirais no pH e fluxo salivar, o preconceito e a discriminação sofridos nos serviços de saúde, e a ansiedade e depressão de pacientes HIV positivos, atendidos no Serviço de Atendimento Especializado de Araçatuba - SAE/IST, no período de dezembro de 2024 à março de 2025. A pesquisa configura-se como um estudo descritivo e analítico, de caráter transversal, com uma abordagem quantitativa. Inicialmente, será preenchido um formulário presente no site da Prefeitura Municipal de Araçatuba-SP, descrevendo o objetivo do estudo e posterior uso dos dados coletados. Também será incluído o CEP ou protocolo da pesquisa. Os instrumentos para a coleta de dados serão: 1) Prontuário odontológico: composta por identificação (idade, sexo, raça, profissão, estado civil, salário e grau de instrução), questionário semiológico (perda de peso, comorbidades, uso de medicação, orientação de higiene bucal, uso de fio dental e escova de dente, sangramento gengival e extração dentária),

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3234

Fax: (18)3636-3203

E-mail: cep.foa@unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"



Continuação do Parecer: 7.264.195

motivo da primeira consulta, exame extra e intrabucal, cálculo do índice CPOD, presença de lesões bucais e edentulismo. Os prontuários analisados serão referentes aos pacientes em atendimento no período referido e dos que foram atendidos nos últimos 5 anos. 2) Questionário sobre Qualidade de vida: será utilizado o instrumento validado "HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HAT-QoL)". Foi originalmente desenvolvido na língua inglesa por Holmes & Shea, 1999 e traduzido e validado no Brasil por Soares et al., 2009. O HAT-QoL possui 42 itens divididos em nove domínios: Atividade Geral, Atividade Sexual, Preocupações com sigilo, Preocupação com a Saúde, Preocupação Financeira, Conscientização sobre o HIV, Satisfação com a Vida, Questões relativas à medicação e Confiança no médico. A resposta para todos os itens é obtida através de uma escala tipo Likert que contém: todo o tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo. Em cada questão, anota-se apenas uma opção que corresponde à que melhor que caracterize as últimas quatro semanas vivenciadas pelo paciente. Os escores são calculados de acordo com as respostas, e variam de um a cinco, sendo que um corresponde ao pior estado e cinco ao melhor estado ou condição. Os escores obtidos em cada domínio são transformados em índices com ponderação de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo de 100 o índice estiver, melhor a qualidade de vida. 3) Questionário sobre ansiedade e depressão: será aplicado o questionário "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS), originalmente desenvolvido por Zigmond & Snaith (1983) para ser aplicada em pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Foi validado no Brasil por Botega et al. (1995) e possui no total 14 questões, sendo duas subescalas com sete itens cada: uma voltada para a avaliação da ansiedade e outra para a avaliação da depressão. As questões ímpares referem-se à subescala ansiedade e as pares à depressão. Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, com pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade (> 8 com ansiedade) e 9 para depressão (> 9 com depressão). 4) Os dados relacionados às questões sociodemográficas,

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3234 **Fax:** (18)3636-3203 **E-mail:** cep.foa@unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"



Continuação do Parecer: 7.264.195

preconceito e discriminação sofridos no serviço de saúde serão obtidas por meio de um questionário semiestruturado, construído especificamente para este estudo. As variáveis de caracterização sociodemográfica incluem: naturalidade, idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista e renda familiar. As relacionadas ao HIV e hábitos são: data de diagnóstico do HIV, modo de contaminação, uso da terapia antirretroviral, hábitos de fumo, álcool, uso de drogas e uso de preservativo antes e depois do diagnóstico da doença. Os dados laboratoriais obtidos por coleta de sangue na unidade serão utilizados para identificar a evolução clínica do HIV (contagem de CD4+ atual, CD4+ mais baixo até o momento, carga viral atual). A fim de se analisar o fluxo salivar será feita a coleta da saliva total estimulada em uma sala ventilada e iluminada, com o paciente sentado confortavelmente. Para a produção da saliva estimulada, os indivíduos mastigarão pedaços de borracha não tóxicos, insípidos e inodoros, de 1,0 cm, por um período de 5 minutos. No momento que foi iniciada a mastigação, iniciará a marcação do tempo. Durante esse período, os pesquisados depositarão a saliva em tubos estéreis de 50 mL, previamente pesados. Posteriormente a coleta das amostras, os frascos serão pesados. O fluxo salivar em mL/min será calculado por meio da subtração do peso do frasco com a saliva e o peso do frasco sozinho, dividido por 5. Será adotado a classificação para a velocidade do fluxo salivar estimulado, como: hipossalivação (menor que 0,7 mL/min), baixo fluxo (de 0,7 a 1,0 mL/min) e fluxo normal (de 1,0 a 3,0 mL/min). O pH salivar será medido por meio de fitas colorimétricas pH- Fix 5,1-7,2 (Macherey- Nagel GmbH & Co. KG, Duren, Germany), as quais apresentam variações de 0,3 entre as escalas de análise salivar, sendo que a determinação do pH é feita comparando-se a cor mostrada na fita, com a escala existente no próprio material. A fita será colocada na cavidade bucal do pesquisado, logo após a coleta da saliva, permanecendo por 15 segundos. Os dados serão tabulados em planilha Excel e analisados pelos programas Epi Info 7.2 e BioEstat 5.0. Para verificar possíveis associações entre as variáveis, será utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3234 **Fax:** (18)3636-3203 **E-mail:** cep.foa@unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"**



Continuação do Parecer: 7.264.195

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as características sociodemográficas, as condições de saúde bucal, a contagem de carga viral, os efeitos do uso de medicamentos antirretrovirais no pH e fluxo salivar, o preconceito e a discriminação sofridos nos serviços de saúde, e a ansiedade e depressão de pacientes HIV positivos atendidos no Serviço de Atendimento Especializado de Araçatuba -SAE/IST, no período de dezembro de 2024 à março de 2025.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco é mínimo, pois serão analisados os prontuários clínicos com as informações sociodemográficas, clínicas e laboratoriais. O único transtorno a ser considerado poderá ser a perda de tempo (10 a 20 minutos) para a resposta dos questionários e possível incomodo na coleta da saliva.

Benefícios:

Espera-se que este estudo permita revelar as condições de saúde bucal e aproximar a discussão sobre o preconceito e discriminação sofrido pelos indivíduos HIV positivos nos serviços de saúde. Além disso, identificar a ocorrência de ansiedade e depressão e diminuição na qualidade de vida dessas pessoas. Também buscar estratégias para o combate dessas atitudes por parte da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa Apresenta-se Apta para a sua realização .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram adicionados de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa Apresenta-se Apta para a sua realização .

Considerações Finais a critério do CEP:

Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193		CEP: 16.015-050
Bairro: VILA MENDONÇA		
UF: SP	Município: ARACATUBA	
Telefone: (18)3636-3234	Fax: (18)3636-3203	E-mail: cep.foa@unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"**



Continuação do Parecer: 7.264.195

3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/05/2025.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2442316.pdf	13/11/2024 17:38:34		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_OCLARECIDO.pdf	13/11/2024 17:32:49	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/11/2024 17:29:40	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	13/11/2024 17:29:13	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/11/2024 17:17:44	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Outros	Questionario_HAD.pdf	13/11/2024 17:17:00	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Outros	questionario_HAT_GOL.pdf	12/11/2024 11:33:03	Ronald Jefferson Martins	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico.pdf	12/11/2024 11:31:17	Ronald Jefferson Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

ARAÇATUBA, 03 de Dezembro de 2024

Documento assinado digitalmente



ANDRÉ PINHEIRO DE MAGALHÃES BERTOZ
CPF: 04/121325 04.9020-0000
Verifique em <https://validar.id.gov.br>

**André Pinheiro de Magalhães Bertoz
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARAÇATUBA
Telefone: (18)3636-3234 Fax: (18)3636-3203 E-mail: cep.foa@unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO
DE MESQUITA FILHO"



Continuação do Parecer: 7.264.195

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3234 **Fax:** (18)3636-3203 **E-mail:** cep.foa@unesp.br

ANEXO E– Questionário HIV/AIDS – Target Quality of Life (HAT-QoL)

Questionário HAT-QoL*

(HIV/AIDS Targeted Quality of Life)

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA
DIRECIONADO PARA HIV/AIDS,
TRADUZIDO, ADAPTADO E VALIDADO
PARA PACIENTES HIV NO BRASIL.

*Adaptado de HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument

William C. Holmes, M.D., M.S.C.E., 1999.

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.

Página 1

.....Instruções Importantes.....

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a respondê-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana – por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

.....

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.....					
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.					
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.					
e. 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					
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais					

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida					
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável					

|

3. As perguntas a seguir abordam **suas preocupações com a saúde** nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4.....					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral.....					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria					

|

4. As perguntas a seguir dizem respeito a **suas preocupações com aspectos financeiros** nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas					
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto					

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à **medicação para o HIV** nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO →→→→→ Vá para Seção 6

SIM →→→→→ Continue com a questão 5a

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso					
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal					
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo					
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios					

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por **ser HIV positivo** nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado					

|

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em **revelar a doença** para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo					
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV					
d. 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					
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV					

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade. .					
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento					
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo					

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado.....					
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo					

Obrigado por completar este questionário.

Se você tiver qualquer dúvida, não hesite em falar com a pessoa que lhe deu o questionário ou com o seu médico.

Mais uma vez, muito obrigado!

ANEXO F – Questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



PROGRAMA GERAL
DE SAÚDE E SEGURANÇA
DO TRABALHADOR

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca[0]	() de vez em quando[1]	() muitas vezes[2]	() quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente[3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	() talvez não tanto quanto antes[1]	() me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais[3]	() bastante[2]	() um pouco[1]	() não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes[0]	() um pouco menos que antes[1]	() bem menos do que antes[2]	() quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento[3]	() várias vezes[2]	() de vez em quando[1]	() não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre[0]	() várias vezes[1]	() poucas vezes[2]	() quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			

Referências:

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370
Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

ANEXO G- Questionário sociodemográfico semiestruturado

 UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Faculdade de Odontologia Campus de Aracatuba-UNESP	Ficha Nº Prontuário
Dimensão caracterização sociodemográfica	
Q.1 Bairro: _____ Cidade: _____	Q.18 Você consome bebida alcoólica? 1) Sim. Com que frequência _____ 2) Não
Q.2 Carga Viral: _____ CD4: _____ CD8: _____	Q.19 Faz uso de drogas ilícitas? 1) Sim. () Maconha () Cocaína () Crack () Heroína () Ecstasy () LSD Outras: _____ 2) Não
Q.3 Idade: _____ anos	Q.20 Usava preservativo antes de descobrir ser portador de HIV/Aids? 1) Nunca 2) Sempre 3) Às vezes
Q.4 Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	Q.21 Passou a usar preservativo depois de descobrir ser portador de HIV/Aids? 1) Nunca 2) Sempre 3) Às vezes
Q.5 Cor: 1) Branco 2) Negro 3) Pardo 4) Amarelo 5) Indígena	
Q.6 Estado Civil: 1) Solteiro (a) 2) Casado(a) 3) Viúvo (a) 4) União Consensual 5) Separado/Divorciado	
Q.7 Escolaridade: 1) Analfabeto 2) Fundamental Incompleto 3) Fundamental Completo 4) Médio Incompleto 5) Médio Completo 6) Superior Completo 7) Superior Incompleto	
Q.8 Vínculo Trabalhista 1) Autônomo 5) Desempregado 2) Empregado Público 6) Profissional Liberal 3) Empregado Privado 7) Outro _____ 4) Nunca trabalhou	
Q.9 Quantas pessoas moram com você: _____	
Q.10 Renda Familiar 1) Menos 1 SM 4) 5 a 6 SM 2) 1 a 2 SM 5) 7 a 10 SM 3) 3 a 4 SM 6) Mais de 10 SM	
Dimensão discriminação	
Q.11 Em que ano descobriu que tinha HIV/Aids? _____	Q.22 Já sofreu discriminação por profissionais da saúde? 1) Sim. Quantas vezes? _____ 2) Não
Q.12 Quantos anos você tinha? _____	Q.23 Qual ou quais foram os profissionais de saúde? _____ _____ _____
Q.13 Como você se contaminou? 1) Relação Heterossexual 4) Transfusão Sanguínea 2) Relação Homossexual 5) Mãe para filho 3) Utilização de Drogas 6) Não Sei Injetáveis	Q.24 Foi em qual serviço de saúde?? 1) Público 2) Particular 3) Em ambos
Q.14 Sabe de quem contraiu? 1) Sim De quem? _____ 2) Não	Q.25 De que (quais) forma(s) você foi discriminado? _____ _____ _____
Q.15 Faz uso de TARV? 1) Sim 2) Não	Q.26 Por que você acha que foi discriminado pelo(s) profissional(is) de saúde? _____ _____ _____
Q.16 Já abandonou o tratamento alguma vez? 1) Sim, qual motivo? _____ 2) Não	
Q.17 Você Fuma? 1) Sim. Há quanto tempo _____ Quanto cigarros por dia _____ 2) Não	

Dimensão serviço odontológico

Q.27 Antes de descobrir o HIV, com que periodicidade você ia ao dentista? _____

Q.26 Teve alguma dificuldade para receber atendimento odontológico no CR/DST Aids?

- 1) Sim Qual?
 - 1)Faltou vaga/senha
 - 2)Profissional recusou atender
 - 3)Não tinha serviço/Especialista
 - 4)Equipamento com defeito
 - 5)Falta de material
 - 6)Exigência dos exames
 - 7)Outros
 - 8)Desconhecia o local
- 2) Não

Q.28 Qual o tempo decorrido desde a última consulta odontológica?

- 1)Menos de 1 mês
- 2)De 1 a 6 meses
- 3)De 6 meses a 1 ano
- 4)Mais de 1 ano

Q.29 Onde costuma procurar serviços odontológicos?

- 1)UBS próxima de sua casa
- 2)UBS distante de sua casa
- 3)CEO
- 4)Consultório Particular
- 5)Plano de saúde odontológico
- 6)ABO
- 7)Universidades
- 8)Outros _____

Q.30 Por que não procurou a UBS mais próxima a sua residência?

Q.31 Qual principal motivo para procurar atendimento odontológico?

- 1)Dor
- 2)Consulta de rotina/manutenção
- 3)Sangramento gengival/ limpeza
- 4)Cavidades nos dentes/restauração
- 5)Feridas, caroços na boca
- 6)Exodontia
- 7)Próteses
- 8)Outros _____

Q.32 Você revelaria seu estado sorológico para o Dentista que procurasse atendimento sem ser no CR/ DST- Aids?

- 1)Sim
- 2)Não Por que?
 - 1)Medo de não ser atendido
 - 2)Não acha necessário para ser atendido
 - 3)Medo de outras pessoas saberem
 - 4)Medo de sofrer discriminação
 - 5>Falta de vínculo com profissional
 - 6)Outra _____

ANEXO H- Declaração de Revisão de Língua Portuguesa



Declaração de Revisão

Eu, Thiago Moraes Fernandes Cruz, portador da carteira de identidade de n.º 26.253.433-2, CPF n.º 246.301.088-66, graduado em Letras pela FFLCH-USP em 2007, conforme *Currículo Lattes*: <http://lattes.cnpq.br/3725045485463578>, responsável pela MEI Travessia, CNPJ 39.414.197/0001-40, declaro que realizei a revisão da dissertação intitulada “Desmistificando o HIV: saúde bucal e qualidade de vida de indivíduos soropositivos de um serviço especializado”, apresentada pela Carolina Enemoto Silva.

Declaro que os serviços prestados incluíram a adequação do texto à norma-padrão da Língua Portuguesa.

São Paulo, 25 de fevereiro de 2026.

Thiago Moraes Fernandes Cruz