

A close-up photograph of several dental instruments, including a dental mirror and a probe, set against a soft, out-of-focus background. A prominent red ribbon is wrapped around the handle of the dental mirror, symbolizing HIV/AIDS awareness.

Gabriella Barreto Soares

**Convivendo com HIV/AIDS: fatores
que influenciam na qualidade de
vida e condição de saúde bucal**



Gabriella Barreto Soares

Convivendo com HIV/AIDS: fatores que influenciam na qualidade de vida e condição de saúde bucal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

Orientador: Prof. Adj. Artênio José Ísper Garbin

Coorientadora: Profª. Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA-SP

2013



Dedicatória

Dedico este trabalho, em primeiro lugar a **DEUS**, por ter me dado força, saúde e coragem para enfrentar mais um desafio da vida, que me protegeu e guiou, abençoando-me, durante esta caminhada mesmo longe da minha família.

Dedico este trabalho a minha **MÃE** Emilia, que é minha melhor amiga, companheira e fã. Sempre dando apoio nas minhas escolhas e força nas minhas dificuldades. Ela acredita nos meus sonhos, na minha utopia e no amor que tenho à saúde coletiva. Ela é a razão pela qual estou aqui. Nunca mediu esforços para me ver feliz. É meu exemplo. É minha vida. Essa conquista é para você!

Dedico ao meu **PAI** Eliude, que apesar da distância nessa nova fase da minha vida, sei que está na torcida do meu sucesso.

Dedico aos meus irmãos **Bruno** e **Cássia**, que são meus orgulhos e me apoiam e incentivam nas minhas decisões.

Dedico às **pessoas que vivem com HIV/AIDS** de Vitória-ES, sujeitos desta pesquisa, que prontamente atenderam meu chamado na esperança de tornar visíveis suas reais condições de vida.



Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador **Prof. Artênio José Ísper Garbin**, pela confiança em mim depositada e pela ajuda com sua objetividade para realização deste trabalho.

À **Prof. Cléa Adas Saliba Garbin** que me coorientou de forma tão sábia e experiente. Guiou-me nos aprendizados da vida acadêmica com carinho e dedicação. E que mesmo por um período distante, foi imprescindível para que tudo acontecesse. Pessoa singular que conheci em Araçatuba, e que levarei como exemplo por toda minha vida.

À **Prof. Suzely Adas Saliba Moimaz** pela sua eficiência, firmeza e profissionalismo. Professora que me mostrou a arte de ser pesquisadora, e que muito aprendi nos momentos que trabalhamos juntas. Sua dedicação pela Odontologia Preventiva é algo admirável.

À **Prof. Nemre Adas Saliba** pelo pioneirismo na Odontologia Preventiva e Social e sua enorme contribuição para Odontologia Brasileira. Agradeço pelo acolhimento e carinho com os “seus filhos”.

Ao **Prof. Orlando Saliba** por ainda contribuir para nossa formação e pela enorme paciência de ensinar estatística, para quem nunca havia estudado antes.

À **Prof. Tânia Adas Saliba Rovida** por sempre me presentear com um abraço amigo e sorriso bonito nos corredores do departamento.

Ao **Prof. Renato Moreira Arcieri** pelo conhecimento transmitido, e pelas trocas de experiências tão construtivas nos seminários da sua disciplina.

À **Prof. Doris Hissako Sumida** pelos momentos de dedicação na realização dos projetos científicos e pela disponibilidade em ajudar os alunos.



À **Prof. Ana Paula Dossi** pela parceria e ajuda na realização do projeto de educação em saúde.

Ao **Prof. Ronald Jefferson Martins** pela sua dedicação ao Programa de Pós-graduação e pela disponibilidade em ajudar-nos.

À **Prof.ª Maria Lúcia Sundfeld**, que muito nos ensinou na prática da bioestatística.

Aos funcionários do departamento, **Valderez, Nilton e Dona Neusa** que me receberam com tanto carinho, me proporcionaram inúmeras gargalhadas e me salvaram em tantos momentos.

Aos **funcionários da Seção de Pós-Graduação**, em especial, **Valéria Queiroz Marcondes Zagatto**, que inúmeras vezes a procurei e teve paciência de esclarecer todas minhas dúvidas.

Aos funcionários da **Biblioteca**, em nome da **Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti**, que sempre se mostram tão dispostos a nos ajudar.

À **Direção da Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, na pessoa da **Diretora Ana Maria Pires Soubhia** e do **Vice-Diretor Wilson Roberto Poi**.

À **Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)** pela concessão de bolsa da realização do curso de Mestrado.

À **equipe do Centro de Referência DST/Aids de Vitória-ES**: **Ariane, Bianka, Delma, Edna, Elane, Eva, Dr^ª Betina, Dr^ª Eva, Dr. Cláudio, Damaris, Dilcinéia, Fernanda, João, Kelly, Lúcia, Luzia, Luciano, Margareth, Marizete, Marta, Rafael, Regina, Rita, Rosangela**, sem o apoio deles seria difícil realizar este trabalho.



Agradecimentos

À **Ana Carolina, Renata e Milene**, as responsáveis por eu estar neste Programa. Pessoas que hoje tenho como família, que me dão suporte e me aguentam por tantas horas. São exemplos de pós-graduandas, amigas, “professoras”, e irmãs!

A minha querida turma de mestrado: **Luís Fernando**, um irmão, que mesmo diante de todas as implicações e divergências de pensamentos, tenho um carinho especial, pelo seu companheirismo; **Mírian** com toda sua calma e fé, transmitia toda a sua paz em vários momentos de desabafos; **Mirelli** com seu jeitinho caipira me conquistou de tanta bondade no seu coração; **Neila** que mesmo um pouco mais distante contribuiu para nossa formação; **Patrick** que proporcionou vários momentos de risadas e sempre esteve disposto a ajudar.

À **Kris**, japonesa do meu coração, me proporcionou momentos felizes com sushi, e mesmo não concluindo esta etapa comigo, sempre me confortou com suas palavras e me “encorajou” nos momentos em que achava que não ia conseguir.

Ao **João**, meu outro irmão, com quem compartilhei muitos momentos festivos e alegres. Sua amizade foi fundamental para adaptação nesta nova etapa. Amigo que levarei para o resto da minha vida, mesmo com toda distância.

À **Moriel**, que apareceu de repente na minha vida, e tantas afinidades foram encontradas. Obrigada por conviver comigo e me ouvir nos momentos em que precisava falar, falar e falar. Você é uma companhia perfeita e que tive o prazer de compartilhar meu “cantinho”.

À **Chris**, a mais nova amiga, que tanto me identifiquei. Juntas, sonhamos e planejamos o nosso sucesso.

À **Simone**, que tenho como exemplo de fé e luta, ama o que faz mesmo diante de todas as dificuldades. Ajudou-me e guiou-me com seu jeitinho especial, tenho muita gratidão.



À **Naty**, que antes mesmo de iniciar o mestrado já a conheci e foi tão simpática e receptiva. Foi paciente nos momentos em que falávamos da odontologia e companheira durante essa jornada.

Aos meus amigos da Pós-Graduação, **Helóisa, Lenise, Lídia, Paula, Renata Colturato, Carlos, Marcos, Rosana, Daniela, Fernando, Jean, Tháís, Diego, Fabiano, Najara**, pela troca de experiências que aprendi muito e pela amizade.

A minha família, minha imensa torcida, tias, tios, primas, primos, vó e afilhadas por demonstrarem tanto orgulho e acreditarem no meu futuro.

A minha família de Araçatuba, **Carol, Bruno, Maria José e Edson**, que me acolheram com tanto carinho e fizeram dos meus domingos mais felizes.

As minhas amigas CEFETIANAS, **Gabi, Irenia, Ivne, Jordana, Juliana, Julia, Jucélia** que com mais de dez anos de amizade, e toda essa distância compartilham dos momentos de tristeza e alegrias vivenciados na pós-graduação.

A minha turma ODONTO/2010, em especial a **Lorrayne, Sarah, Raquel e Livia**, pelo maravilhoso convívio durante quase 5 anos e pelo companheirismo eterno.

Ao Professor **Adauto, Rafaela e Ana Dilza**, que acreditaram em mim e me deram a oportunidade de fazer parte da equipe, ensinando-me os primeiros passos de uma pesquisa científica.

Aos alunos de graduação que são estagiários do departamento, em especial aos que participaram junto a mim no Projeto de Extensão das EMEBs, que se mostraram tão dedicados e companheiros.

A minha psicóloga **Maria Olívia** que a partir do seu conhecimento e técnica, me fez olhar essa nova fase da minha vida de maneira diferente e especial.



"Aprendi muito com as pessoas que vivem com HIV/AIDS; suas mais diversas formas de enfrentamento, olhares, perspectivas, medo, sonhos por vezes estremecidos – mas cada um sempre buscando fomentar a vida."

Eduardo – psicólogo



Resumo Geral

Soares GB, Convivendo com HIV/AIDS: fatores que influenciam na qualidade de vida e condição de saúde bucal [dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2013.

O conhecimento dos fatores que influenciam a qualidade de vida e condição de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS é importante para o planejamento das ações nos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo verificar os fatores que influenciam na qualidade de vida e na condição de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido em 2012, com uma amostra de 177 HIV⁺ que fazem acompanhamento no Centro de referência DST/AIDS, de Vitória, Espírito Santo. Utilizou-se um questionário estruturado para avaliar as condições sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV, hábitos, utilização e satisfação com serviço de saúde. A qualidade de vida foi analisada por meio do instrumento HAT-QoL, com 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. Os dados de saúde bucal foram coletados por meio do índice de CPO-D, uso e necessidade de prótese e Índice Periodontal Comunitário, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde, por um pesquisador calibrado ($\kappa > 0,81$). Foram realizadas análises descritivas, bivariadas, regressão linear e logística múltipla, considerando nível de significância de 0,05 e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram avaliados no programa SPSS, versão 17.0. 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 ($p = 0,045$), consumir bebida alcoólica ($p = 0,041$), não fazer uso da terapia antirretroviral ($p = 0,006$), altos níveis de carga viral ($p = 0,035$) e necessidade de prótese dentária ($p = 0,025$) com os piores escores de qualidade de vida. O índice médio do CPO-D foi 17,64 e 62,0% necessitavam de



prótese inferior. Na análise multivariada, idade mais avançada ($p < 0,001$) e insatisfação com serviço de saúde ($p = 0,010$) estiveram associadas com não uso de prótese dentária. O abandono do uso da terapia antirretroviral ($p = 0,050$) aumentou o risco das pessoas que vivem com HIV/AIDS apresentarem mais de três dentes cariados. E idade mais avançada ($p < 0,001$), menor nível de escolaridade ($p = 0,007$) e motivo da consulta por dor e cárie ($p = 0,031$) estiveram associadas com a presença de mais de nove dentes perdidos. Condições socioeconômicas e de saúde inadequadas apresentaram impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS. A saúde bucal precária de pacientes HIV⁺ foi influenciada principalmente por fatores sociodemográficos, aspectos relacionados ao HIV, utilização e satisfação com serviço.

Palavras-chave: HIV. Soropositividade para HIV. Qualidade de vida. Saúde bucal. Satisfação do paciente.



Abstract

Soares GB, Living with HIV/AIDS: Factors that influence on quality of life and oral health [dissertação]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2013.

The importance to know the factors that influence the quality of life and oral health of individuals with HIV/AIDS is focused on the planning of actions on health services. The present study had the aim to verify the factors that influence the quality of life and oral health of individuals with HIV/AIDS. It was realized a cross-sectional study with quantitative approaching, developed in 2012 with 177 HIV⁺ that were attended on the AIDS Reference Public Centre, in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. It was used a structured questionnaire to evaluate social and demographic status, aspects related to HIV, habits, the use and satisfaction with health service. The quality of life was analyzed using the HAT-QoL instrument with 43 items divided in 9 domains: General Activity, Sexual Life, Worries with Secrecy, Worries with Health, Financial Worries, Awareness about HIV, Life Satisfaction, Questions related to medicine and trust in the doctor. The oral health data were collected using the DMF-T Index, the use and necessity of prosthesis and Periodontal Index, according to World Health Organization's criteria, performed by a trained researcher ($\kappa > 0.081$). Descriptive and bivariate analysis, linear and multiple logistic regression models were applied, adopting 0.05 of significance level. Data were evaluated by SPSS software, version 17.0. About quality of life, the domain of HAT-QoL questionnaire that showed the lowest average was financial worries (39.4), followed by worries with secrecy (43.2), sexual life (55.2) and worries with health (62.88). There was association between the worst score o quality of life and the follow variables: have no registered work ($p < 0.001$), to be black or mixed ($p = 0.045$), to consume alcoholic drinks ($p = 0.041$), not to use antiretroviral therapy ($p = 0.006$), high levels of virus ($p = 0.035$) and necessity of dental prosthesis ($p = 0.025$). The DMF-T average was 17.64 and 62.0% needed inferior dental prosthesis. Multivariate analysis showed that the oldest age ($p < 0.001$) and the dissatisfaction with the health service ($p = 0.010$) were associated with the no use of dental prosthesis. To stop the antiretroviral therapy ($p = 0.050$) increased the risk of PVHA show more than three decayed teeth. The oldest age ($p < 0.001$), the schooling level ($p = 0.007$) and the pain



and caries like reasons for consult ($p=0.031$) were associated with the presence of more than 9 missed teeth. Inadequate social, economic and health status had negative impact on quality of life of individuals with HIV/AIDS. The poor oral health of PVHA was influenced mainly by social, demographic factors and aspects related to HIV, the use and satisfaction with health service.

Keywords: HIV. HIV seropositivity. Quality of life. Oral health. Patient satisfaction.



Lista de Tabelas

Capítulo1

- Tabela 1** Análise bivariada dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012. 26
- Tabela 2** Regressão linear múltipla para a variável qualidade de vida dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012 29

Capítulo2

- Tabela 1** Análise bivariada das variáveis IPC, CPOD e Uso de prótese segundo variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012. 48
- Tabela 2** Análise bivariada das variáveis Cariados, Perdidos e Obturados segundo variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012 50
- Tabela 3** Regressão logística múltipla para as variáveis IPC, CPOD, Uso de prótese, Cariados, Obturados e Perdidos com as variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012 52



Lista de Abreviaturas

CD	Cirurgião-Dentista
CPOD	Dentes Permanentes Cariados Perdidos e Obturados
CR	Centro de Referência
CTA	Centro de Testagem Anônima
CV	Carga Viral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ES	Espírito Santo
HAT-QoL	HIV/AIDS Targeted Quality of Life
HD	Hospital Dia
IPC	Índice periodontal Comunitário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/AIDS
QV	Qualidade de Vida
RLM	Regressão Logística Múltipla
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidade Básica de Saúde



Sumário

1	Introdução Geral	16
2	Capítulo 1- Fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas em serviço especializado no Brasil	
2.1	Resumo	18
2.2	Abstract	19
2.3	Introdução	20
2.4	Metodologia	21
2.5	Resultados	24
2.6	Discussão	29
2.7	Referências	33
3	Capítulo 2 - Fatores que influenciam na condição de saúde bucal de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas em serviço especializado no Brasil	
3.1	Resumo	37
3.2	Abstract	38
3.3	Introdução	39
3.4	Metodologia	42
3.5	Resultado	46
3.6	Discussão	53
3.7	Conclusão	56
3.8	Referências	56
	ANEXOS	60



1 Introdução Geral*

A epidemia do HIV/AIDS é um fenômeno de grande magnitude e extensão. Mesmo passados 30 anos de luta, as estimativas mostram que a AIDS continua sendo um grande desafio para saúde pública. Trata-se de uma doença que acomete vários países, com grande impacto na sociedade, devido ao seu caráter pandêmico e da complexidade de fatores que envolvem os indivíduos que vivem com o HIV/AIDS (Felismino et al., 2008).

No Brasil, o boletim epidemiológico, mostra que até junho de 2012 haviam sido registrados 656.701 casos de HIV/AIDS, dos quais 17.819 eram casos novos. Os dados notificados pelo SINAN (Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação), ainda apresentam elevados números de subnotificação, cerca de aproximadamente 200 mil casos, sendo que 70% dos acometidos não recorrem diretamente aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

As pesquisas avançaram consideravelmente acerca do conhecimento da doença e ainda assim não possibilitou a descoberta da cura para HIV. Entretanto, na maioria dos países, as pessoas convivem com uma doença que tem tratamento específico, sem ter experimentado a alta letalidade que marcou o início da epidemia. Isso provocou um aumento considerável da sobrevivência dos soropositivos e o HIV passou a ser considerado uma doença crônica e potencialmente controlável (PEREIRA et al., 2011; SOUZA, 2008).

Com a cronicidade do HIV, surge a necessidade de enfatizar a prevenção da transmissibilidade da doença. Isso acontece, porque um grande número de pessoas que vivem com HIV/AIDS recuperaram, ou quase, a capacidade de interagir com outras (AYRES, 2002). E com a melhora da expectativa de vida, a qualidade de vida (QV) se torna uma ferramenta importante para avaliação da saúde destes indivíduos (ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION, 2008).

A infecção pelo HIV não afeta de maneira severa apenas a saúde física dos pacientes, também apresenta impacto na vida social, emocional, sexual, sendo que diversos aspectos têm sido investigados e relacionados com melhor ou pior

*

Lista de Referências no Anexo A



qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Estes podem ser fatores individuais, culturais, comportamentais, relacionados com impacto no diagnóstico, uso dos serviços de saúde, tratamento e a convivência com uma doença crônica. (BAJUNIRWE et al., 2009; MRUS et al., 2005)

Muitas pessoas que vivem com o vírus sofrem discriminação, não só por parte da sociedade, mas por profissionais de saúde. Observam-se muitas recusas nos atendimentos, principalmente pelos cirurgiões-dentistas, sendo o medo de se infectarem durante um procedimento odontológico e o de perder outros pacientes os principais motivos (KERMODE et al., 2005; MERATI et al., 2005; SENNA et al., 2005).

Além dessa situação de preconceito, verifica-se que as pessoas que vivem com HIV/AIDS apresentam uma condição de saúde bucal bastante grave, com grande prevalência de doenças bucais tais como: cárie, doença periodontal e problemas bucais associados à infecção pelo HIV que requerem pronto tratamento e contínuo monitoramento (SENNA et al., 2005).

O presente trabalho foi dividido em dois capítulos: o primeiro tem como objetivo verificar os fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas no serviço de referência; e no segundo capítulo, verificar os fatores que influenciam a condição de saúde bucal destes mesmos indivíduos, com uma abordagem multivariada.



2 Capítulo 1*

Fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas em serviço especializado no Brasil

2. 1 Resumo

Objetivo: Verificar os fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço público de referência no Brasil. **Métodos:** Os entrevistados, responderam os questionários sobre condições sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV e hábitos. A qualidade de vida foi analisada por meio do instrumento HAT-QoL, com 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. Os dados de saúde bucal foram coletados, por meio do índice de CPO-D, uso e necessidade de prótese e Índice Periodontal Comunitário, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde, por um pesquisador calibrado. Análises bivariadas e regressão linear múltipla foram realizadas. **Resultados:** Dos entrevistados, 53,1% eram mulheres e tinham média de idade de 42 anos. 53,1% possuíam oito anos ou menos de estudo e 20,3% não estavam empregados. 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 ($p = 0,045$), consumir bebida alcoólica ($p = 0,041$), não fazer uso da terapia antirretroviral ($p = 0,006$), altos níveis de carga viral ($p = 0,035$) e necessidade de prótese dentária ($p = 0,025$), com piores escores da qualidade de vida. **Conclusão:** Condições socioeconômicas e de saúde inadequadas apresentaram impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV, Saúde bucal, Qualidade de Vida.



2. 2 Abstract

Objective: To verify the factors that influence the quality of life of individuals with HIV/AIDS attended on the public service of reference in Brazil. **Methods:** People were interviewed about social and demographic status, aspects related to HIV and habits. The quality of life was measured using the HAT-QoL instrument containing 42 items divided on 9 domains: General Activity, Sexual life, worries with secrecy, worries with health, financial worries, awareness about HIV, life satisfaction, questions about medicine and trust in the doctor. The oral health data were collected based on DMF-T Index, the use and necessity of prosthesis and Periodontal Index, according to World Health Organization's criteria, performed by a trained researcher. **Results:** Among total, 53.1% were women with the average 42 years-old. Just 53.1% had 8 years or less of schooling, 20.3% were not employed. In relation to Quality of Life analysis the domain of HAT-QoL that showed the lowest average was financial worries (39.4), followed by worries with secrecy (43.2), sexual life (55.2) and worries with health (62.8%). There was association between the worst status of quality of life and the follow variables: no registered work ($p<0.001$), to be black or mixed ($p=0.045$), to consume alcoholic drinks ($p=0.041$), to do not use the antiretroviral therapy ($p=0.006$), high levels of virus ($p=0.035$) and the necessity of dental prosthesis ($p=0.025$). **Conclusions:** Social, economic and health inappropriate status showed a negative impact on quality of life of individuals with HIV/AIDS.

Keywords: HIV, Oral health, Quality of life

2. 3 Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é considerada um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No mundo existem aproximadamente 33 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS, e no Brasil, estima-se que cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos convivem com a doença (1,2).

Passados mais de três décadas desde o início da epidemia de HIV/AIDS, avanços significativos foram observados quanto à Terapia Antiretroviral (TARV), o HIV passou de uma doença terminal para crônica (3). Com isso, houve uma melhora da expectativa de vida dessas pessoas e a qualidade de vida (QV) se torna uma ferramenta importante para avaliação da saúde destes indivíduos (4).

Nessa perspectiva, Locker afirma que os problemas de saúde podem afetar a qualidade de vida, mas nem sempre isso ocorre (5). A implicação disso é que as pessoas que vivem com enfermidades crônicas, como o HIV, enxergam a doença com tamanha dimensão, que outros problemas, como a presença de uma afecção bucal, por exemplo, nem sempre influencia de maneira negativa na sua qualidade de vida (6).

No entanto, sabe-se que problemas bucais podem causar impacto na saúde das pessoas com comprometimento do sistema imunológico (7,8). Essas doenças não tratadas podem dificultar a mastigação e deglutição (9,10), afetar diretamente a nutrição e adesão da terapia antiretroviral, além de influenciar fisicamente, mentalmente e socialmente a vida do indivíduo (11).

Poucas pesquisas foram realizadas que avaliaram a condição de saúde bucal e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. O presente estudo

investigou a qualidade de vida associada às condições sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV, hábitos e saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço público de referência, no Espírito Santo, Brasil.

2. 4 Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico, realizado no serviço público de saúde oferecido para pessoas que vivem com HIV/AIDS, o Centro de Referência DST/AIDS, que funciona desde 1992 na capital do estado do Espírito Santo. Espírito Santo é um estado situado no Sudeste brasileiro e apesar de passar por um importante desenvolvimento econômico, grandes iniquidades sociais são observadas.

Cerca de 1500 pessoas que vivem com HIV/AIDS são acompanhadas pelo Centro de Referência DST/AIDS, com base nisto, o tamanho da amostra (n) foi calculado por uma Amostra Aleatória Simples, com o total de 177 pacientes, margem de erro de 7% e nível de confiança de 95%. A seleção da amostra foi realizada aleatoriamente à medida que eram atendidos pelo serviço odontológico. Foram incluídos os pacientes com o diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, acima de 18 anos de idade e que concordaram em participar do estudo.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante quatro meses, no ano de 2012, após um estudo piloto em que todas as variáveis foram testadas.

Para QV foram coletados dados pelo instrumento validado HAT-QoL elaborado por Holmes e Shea (12), originalmente escrito em língua inglesa, mas traduzido e

validado no Brasil por Galvão (13). 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 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 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 (13).

Os dados relacionados às questões sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV e hábitos, foram obtidas por meio de um questionário estruturado, 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: carga viral, CD4, 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.



O exame de saúde bucal foi conduzido pelo pesquisador calibrado ($kappa > 0,81$ para todas variáveis coletadas), na clínica odontológica do local do estudo. Para realização do exame utilizou-se a sonda preconizada pela OMS e espelhos bucais. Condição dos dentes, gengiva e uso/necessidade de prótese foram avaliadas de acordo com os códigos e critérios para levantamento epidemiológico da Organização Mundial de Saúde (14). Para a condição dos dentes foi utilizado o número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). A condição periodontal foi verificada pelo Índice Periodontal Comunitário (IPC), que avaliou presença de sangramento, cálculo e de bolsas periodontais. Os códigos foram: 0- saudável; 1-sangramento observado após a sondagem, 2- presença de cálculo; 3- bolsa 4-5 mm, 4-bolsa de 6 mm ou mais; X- sextante excluído (menos de 2 dentes); 9- não registrado.

O uso de prótese dentária foi registrado da seguinte forma: 0-não usa, 1-ponte fixa, 2-mais de uma ponte fixa, 3-prótese parcial removível, 4-prótese fixa + removível 5 – prótese total, 9-sem informação. A necessidade de prótese dentária foi também avaliada de acordo com os códigos: 0-não necessita, 1-prótese de 1 elemento, 2-mais de 1 elemento, 3- combinação de próteses, 4- prótese total, 9-sem informação.

Análise dos dados

As análises descritivas foram realizadas para caracterização sociodemográfica da população, por meio de medidas de tendência central (frequências simples, médias e medianas) e medidas de dispersão (desvio-padrão). A amostra envolvida na pesquisa ajustou-se a distribuição normal da probabilidade, verificada por meio do teste kolmogorov e smirnov ($p < 0,001$) e as hipóteses foram verificadas com o auxílio da estatística paramétrica. A região para a rejeição ou não de qualquer

dessas hipóteses foi considerada um nível de significância de 0,05. Foram realizados os testes estatísticos de análise de variância (ANOVA) e regressão linear múltipla com eliminação das variáveis não significantes. A seleção das variáveis independentes para os modelos de regressão linear múltipla foi realizada segundo modelo stepwise. Depois de ajustar o modelo de regressão linear múltipla, com intervalo de confiança de 95% , p - valores foram estimados. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa SPSS versão 17.0.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual Paulista- Faculdade de Odontologia de Araçatuba e realizado com a compreensão e consentimento por escrito de cada participante.

2. 5 Resultados

Dos participantes do estudo, pouco mais da metade da amostra eram mulheres (53,1%), com média de idade de 42 anos. A maioria era parda (61,6%) e não estavam em relacionamento estável (48,6%). Quanto à escolaridade, 53,1 % possuíam oito anos ou menos de estudo e 7,3% não sabiam ler e escrever. Dos entrevistados, 20,3% não estavam empregados e 63,8% tinham uma renda mensal de um a dois salários mínimos. Em relação aos exames, 78,2% apresentavam contagem de linfócitos CD4 maior que 350 cel/mm³ e 61,6% Carga viral indetectável. Quanto ao tempo de descoberta do diagnóstico do HIV, 35,0 % responderam que foi há mais de 10 anos e 86,4% dos pacientes tinham entre 20 a 50 anos quando receberam o resultado. A contaminação foi por relação heterossexual segundo 55,9% dos entrevistados e 53,1% afirmaram não saber de quem contraíram o vírus.

A maioria fazia uso da TARV (77,4%). Dos pacientes, 77,4% não fumavam, 67,2% não consumiam bebida alcoólica e 95,5% dos pacientes disseram não fazer uso de drogas ilícitas. Quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, 67,8% disseram sempre usar e 6,8% disseram que nunca usam, mesmo após a descoberta da contaminação.

Os pacientes apresentaram o CPOD com média de 17,64 (Desvio padrão= 7,786) (2,85 dentes cariados, dp = 3,58; 9,12 dentes perdidos, dp = 7,95 e 5,67 dentes obturados, dp = 4,99). A maioria dos pacientes HIV⁺ apresentaram boa condição periodontal (56,6%) e 25,3% apresentaram bolsas periodontais de 4 a 5 mm. Quanto ao uso de prótese dentária, 35% dos indivíduos examinados usavam prótese. Entre eles, 1,69% utilizavam pontes fixas, 18% próteses parciais removíveis, 10,7% próteses totais. Quanto à necessidade de prótese, 41,5% necessitavam de próteses na maxila e 62% na mandíbula.

Na avaliação da QV, o domínio que apresentou 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), e os de maior média foram: Confiança no médico (96,18) e Questões relativas à medicação (86,54).

Os resultados da análise bivariada realizada entre as médias obtidas nos domínios do HAT-QoL com as variáveis sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV, hábitos e de saúde bucal, podem ser observadas na Tabela 1.



Tabela 1- Análise bivariada dos escores padronizados dos domínios do HAT-QoL, segundo variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012.

Variáveis	Domínios do HAT-QoL								
	Atividade Geral	Atividade Sexual	Preocupação com sigilo	Preocupação com saúde	Preocupação financeira	Consentização sobre o HIV	Satisfação com a vida	Questões relativas à medicação	Confiança no médico
Variáveis sociodemográficas									
Idade									
18-34	81,8	65,4	35,1	55,6	48,4	67,7	81,8	84,2	92,6
35-44	76,4	59,5	41,2	61,8	30,7	70,8	77,2	88,6	97,7
45-70	71,8	45,2	49,8	68,0	42,2	83,2	77,7	86,6	96,7
pvalor	0,109	0,014	0,017	0,004	0,021	0,021	0,687	0,476	0,157
Sexo									
Feminino	72,0	45,8	39,0	58,8	33,1	69,0	72,0	85,1	94,9
Masculino	80,2	65,8	47,7	67,4	46,4	81,7	85,8	88,7	97,5
pvalor	0,025	0,001	0,041	0,003	0,009	0,009	0,001	0,184	0,198
Cor									
Branco	72,3	59,9	55,5	64,8	44,4	82,5	75,6	92,3	98,9
Negro	76,3	52,8	40,2	63,5	42,1	76,9	81,8	87,2	99,1
Pardo	76,6	54,7	40,9	62,1	37,0	72,2	78,1	85,1	94,4
pvalor	0,692	0,740	0,026	0,773	0,491	0,285	0,644	0,158	0,089
Estado civil									
Solteiro/ União consensual	80,2	54,8	45,2	62,9	38,8	73,8	80,0	88,0	97,9
Casado(a)	74,0	70,0	46,2	66,4	38,3	85,5	82,2	82,8	97,2
Viúvo(a)	63,0	12,8	36,5	61,1	43,7	64,7	64,9	89,8	91,6
Separado/Divorciado	74,1	50,4	48,7	64,5	45,1	77,9	76,8	85,9	90,8
pvalor	0,114	0,000	0,216	0,687	0,900	0,312	0,425	0,722	0,177
Escolaridade									
Analfabeto	62,6	50,6	42,6	66,1	18,3	69,9	76,0	78,8	93,6
8 ou < de estudos	76,8	50,5	44,3	61,7	37,3	71,6	78,7	86,6	96,7
9 anos ou mais de estudos	75,1	57,7	42,6	62,7	42,4	79,5	76,2	89,1	96,2
pvalor	0,162	0,079	0,921	0,683	0,015	0,325	0,663	0,335	0,834
Vínculo trabalhista									
Trabalha	84,4	69,7	36,7	64,4	46,7	77,9	85,3	88,7	95,9
Não trabalha	67,9	41,8	49,2	61,4	32,5	72,2	72,2	85,0	96,3
pvalor	0,000	0,000	0,002	0,296	0,005	0,246	0,002	0,167	0,839
Renda Familiar									
Menos de 1 SM	57,0	41,6	52,5	56,1	18,0	72,2	60,5	89,5	92,1
1 a 2 SM	77,0	53,1	41,0	63,8	39,2	74,1	80,2	87,1	96,9
3 a 4 SM	83,7	68,6	47,2	66,2	53,5	81,3	82,7	86,3	97,4
Mais que 4 SM	84,4	55,0	36,0	61,0	49,0	76,8	94,4	85,0	96,6
pvalor	0,002	0,146	0,684	0,557	0,006	0,572	0,003	0,931	0,123
Variáveis relacionadas ao HIV e hábitos									
CV									
Indetectável	77,4	53,9	46,1	65,2	39,3	78,9	81,6	88,3	97,7
<10000	73,9	56,9	42,8	62,6	44,1	68,8	82,1	90,7	96,3
>10000	74,2	59,0	38,3	60,6	38,3	70,3	70,0	79,8	91,8
pvalor	0,689	0,757	0,290	0,399	0,796	0,196	0,062	0,016	0,059
CD4									
<200	57,4	59,2	47,2	72,2	29,8	79,6	60,5	82,6	98,1
De 200 a 350	72,9	60,4	43,3	54,1	39,8	63,4	73,0	80,7	91,0
>350	76,0	55,6	43,4	63,7	39,5	75,4	78,5	86,4	96,0
pvalor	0,039	0,722	0,915	0,006	0,680	0,096	0,058	0,145	0,112
Ano que descobriu HIV									
Menos de 1 ano	72,7	52,0	31,2	41,2	39,1	61,3	70,3	78,7	86,5
De 1 a 5 anos	80,3	63,7	39,5	65,5	42,6	70,0	79,6	86,5	94,5
Mais de 5 anos	78,0	58,1	42,0	66,0	40,2	77,6	84,6	89,2	96,9
pvalor	0,155	0,089	0,146	0,003	0,774	0,294	0,126	0,447	0,098
Modo contaminação									
Relação Heterossexual	71,4	49,3	41,7	59,6	36,0	69,8	74,9	83,3	95,1
Relação Homossexual	84,9	68,5	46,6	67,0	50,6	87,7	88,1	90,2	96,7
Uso de drogas	100,0	100,0	80,0	45,0	0	100,0	81,0	81,0	100,0
Transfusão sanguínea	69,5	0	57,5	70,0	44,0	100,0	100,0	94,0	100,0
Mãe para filho	100,0	50,0	70,0	77,5	84,5	100,0	94,0	100,0	100,0
pvalor	0,043	0,026	0,370	0,146	0,065	0,046	0,167	0,096	0,891

Continua



Tabela 1(Continuação)

Variáveis	Domínios do HAT-QoL								
	Atividade Geral	Atividade Sexual	Preocupação com sigilo	Preocupação com saúde	Preocupação financeira	Consentização sobre o HIV	Satisfação com a vida	Questões relativas à medicação	Confiança do médico
De quem contraiu									
Atual Parceiro	79,1	55,5	28,3	50,8	42,8	86,1	68,1	88,5	77,8
Ex parceiro	57,8	26,2	45,7	57,1	27,1	64,8	61,6	84,5	92,5
Mãe	100,0	50,0	70,0	77,5	84,5	100,0	94,0	100,0	100,0
Não sabe	79,1	62,0	43,8	65,4	40,0	77,8	81,9	89,4	98,6
pvalor	0,026	0,012	0,075	0,323	0,203	0,247	0,124	0,349	0,006
Uso da TARV									
Sim	76,3	54,7	45,4	63,3	39,7	77,5	80,8	88,4	97,8
Não	74,0	57,0	35,8	61,2	38,1	66,2	70,5	81,3	90,6
pvalor	0,600	0,742	0,053	0,547	0,797	0,051	0,040	0,028	0,003
Abandono da TARV									
Sim	64,0	49,4	53,7	57,1	22,0	61,4	65,6	83,0	97,9
Não	80,6	55,9	43,0	65,5	46,0	82,3	85,8	90,1	97,7
pvalor	0,000	0,406	0,048	0,029	0,000	0,000	0,000	0,075	0,930
Fuma									
Sim	75,1	63,5	39,6	62,7	25,9	79,1	73,1	83,7	98,7
Não	76,0	52,8	44,3	62,9	43,3	73,7	80,1	87,7	95,4
pvalor	0,978	0,025	0,721	0,519	0,602	0,816	0,930	0,064	0,103
Consome Bebida Alcoólica									
Sim	77,7	65,3	38,6	60,4	33,2	75,4	78,5	85,1	95,8
Não	74,9	50,3	45,5	64,0	42,3	74,7	78,5	87,6	96,3
pvalor	0,474	0,015	0,117	0,242	0,094	0,897	0,993	0,379	0,810
Uso de Drogas ilícitas									
Sim	71,8	50,8	55,0	43,7	26,6	61,5	55,3	68,7	89,6
Não	76,0	55,4	42,6	63,7	40,0	75,6	79,6	87,6	96,4
pvalor	0,638	0,745	0,215	0,004	0,277	0,229	0,016	0,003	0,162
Usava preservativo antes do HIV									
Nunca	74,8	47,5	46,7	63,9	36,8	73,4	78,2	88,8	98,2
Sempre	74,7	64,6	45,0	77,5	46,8	75,0	68,0	85,0	91,6
Às vezes	76,4	64,6	45,0	77,5	78,5	100,0	94,0	100,0	100,0
pvalor	0,841	0,000	0,249	0,603	0,380	0,286	0,455	0,678	0,055
Variáveis de Saúde Bucal									
Cariados									
≤3	75,5	52,9	42,0	62,5	62,5	40,6	78,6	86,8	96,6
>3	76,5	60,2	45,8	63,5	63,5	36,5	78,2	86,7	95,1
pvalor	0,810	0,24	0,403	0,761	0,461	0,995	0,927	0,972	0,497
Perdidos									
≤9	76,2	58,8	40,5	60,3	39,2	74,6	79,6	86,5	95,2
>9	75,6	49,0	49,3	66,5	41,0	77,6	77,7	87,5	97,9
pvalor	0,861	0,106	0,036	0,039	0,076	0,544	0,671	0,725	0,191
Obturados									
≤6	77,1	57,8	47,0	64,4	41,2	76,8	80,5	86,1	97,7
>6	73,9	50,2	38,2	59,5	37,5	73,7	76,0	88,3	97,1
pvalor	0,398	0,212	0,041	0,109	0,487	0,540	0,301	0,436	0,516
CPOD									
≤18	78,0	58,1	41,4	59,8	39,4	71,8	82,5	84,4	94,6
>18	73,6	52,2	45,1	66,0	39,3	78,2	74,4	89,3	97,7
pvalor	0,231	0,315	0,374	0,033	0,977	0,191	0,055	0,069	0,120
IPC									
≤2	41,6	33,3	50,0	50,0	33,3	44,3	47,6	79,0	100,0
>2	83,4	50,3	40,6	64,3	48,4	73,5	82,9	90,3	98,5
pvalor	0,022	0,759	0,304	0,707	0,273	0,182	0,278	0,074	0,445
Uso de prótese									
Sim	76,8	44,9	45,3	68,6	43,8	80,1	81,5	91,2	99,1
Não	75,4	59,2	42,4	60,6	37,6	72,9	77,3	85,1	95,0
pvalor	0,751	0,026	0,533	0,013	0,273	0,186	0,379	0,041	0,066
Necessidade de prótese									
Sim	72,2	50,5	44,7	62,8	36,5	72,8	75,8	87,0	97,1
Não	81,4	62,1	40,6	62,6	44,6	78,3	82,6	86,3	94,5
pvalor	0,014	0,053	0,338	0,927	0,121	0,276	0,116	0,817	0,211

Note: valor em negrito: $p < 0,05$



No modelo de regressão linear múltipla, para o domínio Atividade geral, não ter vínculo trabalhista e necessidade de prótese dentária tiveram efeitos negativos na QV, enquanto a boa condição periodontal e bons níveis de células CD4 tiveram efeitos positivos. Associaram-se negativamente ao domínio Atividade sexual, não ter vínculo trabalhista e consumo de bebida alcoólica.

Para o domínio Preocupação com sigilo, a idade mais avançada associou-se positivamente a melhores escores, enquanto o fato de ser pardo ou negro teve associação negativa.

Na análise do domínio Preocupação com saúde, ser do sexo masculino, ter menos idade, usar prótese dentária e não usar drogas ilícitas associaram-se a maiores escores na QV. Para o domínio Preocupação financeira verificou-se associação com maiores escores as variáveis: maior nível de escolaridade, não fumar e boa condição periodontal, enquanto não ter vínculo trabalhista associou-se aos menores escores.

No domínio Conscientização sobre HIV, verificou-se que bons níveis de células CD4, diagnóstico do HIV a mais de 10 anos, maior nível de escolaridade e boa condição periodontal tiveram associados a melhores escores. Usar TARV associou-se negativamente ao domínio Satisfação com a vida, enquanto ser do sexo masculino e ter bons níveis de células CD4 associaram-se positivamente. No domínio Questões relativas à medicação as variáveis, não usar drogas ilícitas e não ter se contaminado por via sexual se associaram positivamente, enquanto Carga Viral alta associou-se negativamente, para o domínio Confiança no médico apenas não usar TARV associou-se negativamente.



Tabela 2- Regressão linear múltipla para a variável qualidade de vida dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012.

Domínios da qualidade de vida HAT-Qol	Variáveis explicativas	B	P valor
Atividade Geral (r= 0,506)	Não ter vínculo trabalhista	-16,375	0,000
	Boa condição periodontal	6,025	0,000
	Bons níveis de CD4	9,328	0,007
	Necessidade prótese dentária	-8,368	0,025
Atividade Sexual (r=0,318)	Não ter vínculo trabalhista	-19,943	0,001
	Consumir bebida alcoólica	-12,758	0,041
Preocupações com o sigilo (r=0,311)	Idade mais avançada	7,534	0,007
	Ser pardo ou negro	-5,684	0,045
Preocupação com a saúde (0,437)	Ser do sexo masculino	10,289	0,001
	Usar de prótese dentária	8,675	0,016
	Não usar drogas ilícitas	20,722	0,006
	Ter menos idade	3,890	0,046
Preocupação Financeira (0,462)	Maior nível de escolaridade	10,430	0,002
	Não fumar	19,784	0,002
	Boa condição periodontal	6,995	0,002
	Não ter vínculo trabalhista	-15,601	0,004
Conscientização sobre o HIV (r=0,359)	Bons níveis de CD4	11,323	0,024
	Diagnóstico HIV há mais de 10 anos	6,927	0,018
	Maior nível de escolaridade	10,529	0,002
	Boa condição periodontal	5,941	0,008
Satisfação com a vida (r=0,390)	Ser do sexo masculino	15,993	0,000
	Bons níveis de CD4	14,332	0,001
	Uso TARV	-12,813	0,016
Questões relativas à medicação (r=0,334)	Usar drogas ilícitas	18,609	0,013
	Contaminação por modo sexual	1,709	0,020
	Altos níveis de CV	-3,590	0,035
Confiança no médico (r=0,226)	Não usar TARV	-7,781	0,006

B = coeficiente do modelo de regressão, r= coeficiente de determinação

2. 6 Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que a condição de saúde bucal dos participantes era pior do que a média nacional dos brasileiros (15), com índice de CPOD de 17,64, com uma média de 9 dentes perdidos e 3 dentes cariados por pessoa, e mesmo assim não foi observado grandes associações das variáveis de saúde bucal nos domínios de qualidade de vida. Isto pode ser explicado, pelo fato de que os problemas bucais, na maioria dos casos, não causam ameaça à vida, sendo, em geral, episódios agudos e prontamente tratáveis. Desta forma, seus impactos na



qualidade de vida podem não ser óbvios e, muitas vezes, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias (16).

No Brasil, poucos estudos relataram a experiência de cárie dentária em pessoas que vivem com HIV/AIDS e dos que foram realizados a maioria era relacionado às crianças. Sabe-se que a cárie dentária é uma doença infecciosa e que os vários efeitos secundários da terapia antirretroviral podem contribuir para uma inadequada higiene oral e dieta alimentar, com isso a infecção pelo HIV parece funcionar como um fator de risco para a cárie (17). Isto pode ser observado por meio dos resultados de saúde bucal dessa pesquisa, assim como outras realizadas com pessoas que vivem com HIV/AIDS, que altos índices de CPOD foram relatados. E estes números estão longe das metas propostas pela OMS, que para o ano de 2010, era a presença de 20 ou mais dentes na cavidade oral por 96% dos indivíduos e sem dentes perdidos, com a idade de 18 anos (18-21).

Doenças bucais e infecção pelo HIV têm maior peso sobre populações desfavorecidas e socialmente marginalizadas (22), assim como neste estudo que a maioria dos entrevistados era de baixa renda e apresentavam poucos anos de estudo. Outro aspecto importante é em relação ao modo de contaminação, que grande parte foi por relação heterossexual, que vai de acordo com o perfil epidemiológico do HIV há alguns anos: heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização (23,24).

Na análise dos escores dos domínios de qualidade de vida, os resultados demonstraram que as menores médias obtidas são: Preocupação financeira, Preocupação com sigilo, Atividades sexuais e Preocupações com a saúde, resultados que corroboram com os achados de outros estudos que utilizaram a escala HAT-QoL (12,13,25).



O índice médio obtido (39,4) no domínio Preocupação financeira, provavelmente decorreu da baixa renda *per capita* dos entrevistados, que dificulta a sobrevivência do indivíduo. Esse dado pode indicar que a renda, além deter o seu valor ligado às condições de vida e serviços, pode influenciar no estado de saúde, o que impossibilita ainda mais sua inserção no mercado de trabalho (26). Pessoas que vivem com HIV/AIDS que não possuem vínculo trabalhista, tem pior qualidade de vida dos que trabalham, isto é observado também em outro estudo (27). Diante disso, a cronicidade da doença traz novas mudanças, inclusive em questões relacionadas à ocupação, o emprego passa a não ter só a importância do benefício financeiro, como também de ser uma forma de inserção social, emocional e de identidade (28).

A Preocupação com o sigilo é uma situação muito comum entre estes indivíduos, que acontece por conta do medo de ser visto como portador de uma doença ainda muito estigmatizada pela sociedade. Isso faz com que tenham uma vida de duplicidade, pois apenas algumas pessoas do seu convívio são escolhidas para saberem da sua condição sorológica (25). Essa preocupação afeta até mesmo na procura por cuidados com a saúde, pois estes pacientes deixam de ir ao cirurgião-dentista, por medo de terem que relatar que possuem o vírus do HIV e sofrerem preconceito por conta do despreparo do profissional, isso pode ser observado na associação significativa das variáveis dentes Cariados e Obturados, com o domínio Preocupação com sigilo (29).

A vida com HIV/AIDS leva mudanças na atividade sexual das pessoas, sendo que as condições sob as quais se encontram devido à infecção, os levam a ter medo do relacionamento sexual, que faz com que evitem relações, mesmo tendo desejo sexual (30). Isso implica no comprometimento do domínio *Atividade sexual* na

qualidade de vida e o fato de não ter vínculo trabalhista e consumir bebida alcoólica fortaleceram ainda mais para uma pior qualidade de vida.

O domínio Preocupação com a saúde investiga a inquietação dos entrevistados em viver com o vírus e suas consequências, sendo a auto-avaliação em relação à saúde, o conhecimento de parâmetros laboratoriais e a preocupação com um prognóstico de morte, situações que possivelmente impedem o bem-estar (13). Sob essa perspectiva, no presente estudo o ano de diagnóstico do HIV associou-se a este domínio, pelo motivo de que pessoas com descoberta recente da infecção não aceitam de fato a doença, o que leva a um desânimo com a vida e com o cuidar da saúde, o que implica em baixos escores. Na regressão múltipla, o fato de não usar drogas ilícitas teve uma associação positiva nesse domínio, além de usar prótese dentária, fato que demonstra o cuidado do indivíduo com sua saúde e seu bem-estar.

A condição periodontal dos participantes da pesquisa, em sua maioria, era boa, com Índice Periodontal Comunitário abaixo da média esperada, assim como o estudo realizado por Lemos et al, que verificou uma baixa frequência de doença periodontal nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo a condição sistêmica da infecção um fator importante na manutenção da situação periodontal. Indivíduos com um estado mais avançado da infecção apresentam maiores problemas no periodonto. Essa saúde periodontal influencia positivamente na qualidade de vida em mais de um domínio, como observado na análise multivariada (31).

Os resultados encontrados mostraram características sociodemográficas e clínicas destes indivíduos similares com outras pesquisas realizadas com a população que vive com HIV/AIDS brasileira (13, 27, 28). Existem algumas limitações neste estudo, como a participação voluntária dos entrevistados, que pode



ter tido indivíduos mais preocupados com a saúde bucal e geral e maior escolaridade. A pesquisa é de caráter transversal, o que impossibilita inferências causais. Devido à natureza do anonimato do estudo, não é possível recolher qualquer informação sobre os que não responderam por completo o questionário. O instrumento de qualidade de vida, por mais que seja validado na língua portuguesa, pelo nível educacional dos entrevistados pode ter tido respostas em que os participantes responderam mesmo sem entender a pergunta.

Apesar dessas limitações, o estudo mostra que muitos são os fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo que condições socioeconômicas e de saúde inadequadas influenciam negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

2. 8 Referências

1. World Health Organization/UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2009. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids – DST: versão preliminar. Brasília : Ministério da Saúde; 2012.
3. Weiss RA. Special anniversary review: twenty-five years of human immunodeficiency virus research: successes and challenges. Clin Exp Immunol.2008;15(2):201-10.

4. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*.2008;372(9635):293–9.
5. Locker D: Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997:11-24.
6. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*.2003;1:40.
7. Heslin KC, Cunningham WE, Marcus M, Coulter I, Freed J, Der-Martirosian C, Bozzette SA, Shapiro MF, Morton SC, Andersen RM. A comparison of unmet needs for dental and medical care among persons with HIV infection receiving care in the United States. *J Public Health Dent*. 2001;61(1):14-21.
8. Shiboski CH, Cohen M, Weber K, Shansky A, Malvin K, Greenblatt RM. Factors associated with use of dental services among HIV-infected and high-risk uninfected women. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(9):1242-55.
9. Dobalian A, Andersen RM, Stein JA, Hays RD, Cunningham WE, Marcus M. The impact of HIV on oral health and subsequent use of dental services. *J Public Health Dent*. 2003;63(2):78-85.
10. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(1):71-9.
11. Wang TF, Chou C, Shu Y. Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Qual Life Res*. 2012; doi:10.1007/s11136-012-0105-8.impress.

12. Holmes WC, Shea J A. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. *Qual Life Res.*1997;6(6):561-71.
13. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machadon J. Evaluation of quality of life among women with HIV / AIDS using HAT-Qol. *Cad Saude Pub.* 2004;20(2): 430-7.
14. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: nota para a imprensa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
16. Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Ann Rev Public Health.*1988; 9:1-19.
17. Aleixo RQ, Scherma AP, Guimarães G, Cortelli JR, Cortelli SC. DMFT index and oral mucosal lesions associated with HIV infection: cross-sectional study in Porto Velho, Amazonian Region – Brazil. *Braz J Infect Dis.*2010;14(5):449-56.
18. Bretz WA, Flaitz C, Moretti A, Corby P, Sdineider LG, Nichols CM. Medication usage and dental caries outcome-related variables in HIV/AIDS patients. *AIDS Patient Care STDS* 2000;14(10):549-54.
19. Phelan JA, Mulligan R, Nelson E, Brunelle J, Alves ME, Navazesh M, Greenspan D. Dental caries in HIV seropositive women. *J Dent Res* 2004;83(11):869-73.



- 20.** Silveira FM, Rangel M. Biopsy social profile of the patients of the program of awareness of the oral health of HIV/AIDS sufferers of the Hospital Universitário Antônio Pedro HUAP/UFF. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr*.2004;4(3):221-6.
- 21.** Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde (OPAS/OMS) – Brasil. *Saúde Bucal*,2008.
- 22.** Robinson PG. Implications of HIV disease for oral health services. *Adv Dent Res*. 2006;19(1):73–9.
- 23.** Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001; 34(2):207–17.
- 24.** Mulligan R, Seirawan H, Alves ME, Navazesh M, Phelan JA, Greenspan D, Greenspan IS, Mack WJ. Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. *Community Dent Oral Epidemiol*.2008;36(6):549-57.
- 25.** Reis RK, Santos CB, Spadoti Dantas RA, Gir E. Quality of life, sociodemographic factors and sexuality of people living with HIV / AIDS. *Tex Cont Enferm*. 2011;20(3):365-75.
- 26.** Jia H, Uphold CR, Zheng Y, Wu S, Chen GJ, Findley K, Duncan PW. A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Qual Life Res*. 2007;16(6):961-8.
- 27.** Santos EMC, Franca Jr, Lopes F. Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo. *Rev Saúde Pública*.2007;41(2):64-71.
- 28.** Reis RK, Santos CB, Gir E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/Aids. *Aids Care*.2012;24(5):626-34.



- 29.** Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/AIDS: discriminação no atendimento aos portadores. Rev Bioética.2009;17(3): 511 – 22.
- 30.** Grimberg M. Género y VIH/SIDA. un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. Cuad Med Soc.2000; 78: 41-54.
- 31.** Lemos SS, Oliveira FA, Vencio EF. Periodontal disease and oral hygiene benefits in HIV seropositive and AIDS patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.2010;15(2):417-21.

3 Capítulo 2*

Fatores que influenciam na condição de saúde bucal de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas em serviço especializado no Brasil

3.1 Resumo

Objetivo: Verificar os fatores que influenciam na condição de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço público de referência no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, que inclui 177 indivíduos HIV⁺, que responderam o questionário sobre condições sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV, hábitos, utilização e satisfação com serviço de saúde. Os dados de saúde bucal foram coletados, por meio do índice de CPO-D, uso e necessidade de prótese e Índice Periodontal Comunitário, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde, por um pesquisador calibrado ($\kappa > 0,81$). Análises bivariadas e regressão logística múltipla foram realizadas. **Resultados:** O número médio do CPO-D foi 17,64, $dp = 7,86$. A maioria dos pacientes HIV⁺ apresentou boa condição periodontal (56,6%), 35,0% usavam prótese, 41,5% necessitavam de prótese na maxila e 62,0% na mandíbula. Na análise multivariada, a idade mais avançada ($p < 0,001$) e insatisfação com serviço de saúde ($p = 0,010$) estiveram associadas com o não uso de prótese dentária. O abandono do uso da terapia antirretroviral ($p = 0,050$) aumentou o risco das PVHA apresentarem mais de três dentes cariados. E idade mais avançada ($p < 0,001$), menor nível de escolaridade ($p = 0,007$), e motivo da consulta por dor e cárie ($p = 0,031$) estiveram associadas com a presença de mais de nove dentes perdidos. **Conclusão:** A saúde bucal precária das PVHA foi influenciada principalmente por fatores sociodemográficos, aspectos relacionados ao HIV, utilização e satisfação com serviço.

Palavras-chave: HIV, Saúde bucal, Satisfação do paciente.

*Normalização segundo a Revista *Special Care in Dentistry*



3.2 Abstract

Objective: To verify factors that influence the oral health status of individuals with HIV/AIDS attended on public service of reference in Brazil. **Method:** It's a cross-sectional study that includes 177 individuals HIV⁺ that answered a questionnaire about social and demographic status, aspects related to HIV, habits, the use and satisfaction with the health service. The Oral Health Data were collected based on DMF-T Index, the use and necessity of prosthesis and Periodontal Index, according to World Health Organization's criteria, performed by a trained researcher ($Kappa > 0.081$). Bivariate analysis and multiple logistic regression model were applied. **Results:** the average of DMF-T was 17.64 (± 7.86). The majority of patients HIV⁺ showed good periodontal health (56.6%), 35.0% used some dental prosthesis, 41.5% needed upper prosthesis and 62.0%, the inferior. Multivariate analysis model pointed that the older found aged ($p < 0.001$) and dissatisfaction with health service ($p = 0.010$) were associated with the no use of dental prosthesis. To stop the antiretroviral therapy ($p = 0.050$) increased the risk of people living with HIV/AIDS to show more than 3 decayed teeth. The presence of more than 9 missed teeth was associated with the follow variables: the oldest age ($p < 0.001$), the lowest level of schooling ($p = 0.007$) and the reason of consult to be the pain and caries ($p = 0.031$). **Conclusion:** The poor oral health of PVHA was influenced mainly due social and demographic factors, aspects related to HIV, the use and satisfaction with the service.

Keywords: HIV, Oral Health, Patient satisfaction.



3.3 Introdução

A epidemia de HIV/AIDS entra em sua quarta década, com características epidemiológicas e clínicas diferentes daquelas observadas no seu surgimento. Isto acontece devido aos avanços no diagnóstico e tratamento, com destaque na introdução da terapia antiretroviral (TARV) mais efetiva que levou ao aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com a doença. Tal fato conduziu a uma maior procura pelos serviços de saúde. ^{1,2}

O Brasil apresenta um programa gratuito que é referência mundial para atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, voltado para tratamento e controle da epidemia, por meio de contagem de células CD4, Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD), CTA (Centro de Testagem Anônima), Centro de Referência (CR) com equipe multiprofissional e Assistência Domiciliar, além da existência da legislação especial para as pessoas que vivem com a doença. ³

O sucesso desse programa é devido a essa assistência à saúde adequada, pois contribui para melhoria dos índices de mortalidade, morbidade e da qualidade de vida dessas pessoas. Uma boa maneira de avaliar os serviços prestados é por meio da satisfação do paciente, sendo essa informação essencial para que as necessidades e os desejos dos mesmos sejam devidamente atendidos. ⁴ Com isso, destaca-se a importância dos serviços em oferecer atendimento de qualidade, pois desta forma as pessoas infectadas não sentirão desencorajadas para revelar o seu comportamento de risco, além do estigma se tornar um fator menos observado como impedimento pela procura de cuidados para saúde. ⁵



No início da epidemia, associava-se às PVHA aos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e aos profissionais do sexo, sendo chamada popularmente de “peste gay” ou “câncer gay”, que junto ao medo de contágio da população trouxe como consequência um reforço ao preconceito e a discriminação contra essa parte da população.^{6,7} Mesmo passado tantos anos, muitas pessoas ainda sofrem discriminação, não só por parte da sociedade, mas também por profissionais de saúde.

O dever dos profissionais de saúde em prestar assistência integral às PVHA tem sido debatido desde o início. A Associação Médica Americana e outras associações da área da saúde determinam que os profissionais por elas representados tenham a obrigação ética em administrar cuidados a estes pacientes, desde que suas necessidades se enquadrem em suas áreas de competência.⁸

Mesmo tendo em vista todos os aspectos éticos, os esforços do Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, bem como o apoio das diversas organizações não governamentais, ainda ocorrem diversos episódios de discriminação.⁹ Observam-se muitas recusas nos atendimentos dessas pessoas, principalmente pelos cirurgiões-dentistas, sendo o medo de se infectarem durante um procedimento odontológico, de perder outros pacientes e a falta de preparo psicológico são os principais motivos.¹⁰

Além disso, mais entraves são observados no acesso à atenção em saúde bucal de PVHA, entre eles: desigualdades socioeconômicas, disponibilidade de recursos sociais e financeiros, distâncias geográficas, diferenças culturais entre profissionais de saúde e paciente, medo ou vivência real de preconceito.^{11,12} Os pacientes que vivem com HIV alegam o medo da rejeição do profissional, a quebra de sigilo ético



pelo cirurgião-dentista e ainda julgam desnecessário informar a sua condição sorológica por perceberem a presença de medidas de biossegurança no consultório odontológico.¹³

Além dessas dificuldades com o cuidado da saúde bucal, observa-se ainda, que essas pessoas são mais propensas às doenças da cavidade oral, tais como cárie, doença periodontal, lesões orais e xerostomia.^{14,15} Isto requer um pronto tratamento e contínuo monitoramento, já que a saúde bucal pode interferir na alimentação e administração dos medicamentos, e também na qualidade de vida destes indivíduos.¹⁶

Diante de todos os aspectos relacionados às PVHA, o objetivo deste estudo é verificar a associação das variáveis sociodemográficas, relacionadas ao HIV, hábitos e utilização e satisfação de serviços de saúde com a condição de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço público de referência no Brasil.

3.4 Metodologia

Trata-se um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico, realizado no serviço público de saúde oferecido para pessoas que vivem com HIV/AIDS, Centro de Referência DST/AIDS, que funciona desde 1992 na capital do estado do Espírito Santo.

O tamanho da amostra (n) foi calculado com base em uma Amostra Aleatória Simples, com o total de 177 pacientes com margem de erro de 7% e nível de confiança de 95%. A Seleção da amostra foi realizada aleatoriamente, à medida que



foram atendidos pelo serviço odontológico. Foram incluídos os pacientes com o diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, acima de 18 anos de idade, e que concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada durante de quatro meses, no ano de 2012, após um estudo piloto em que todas as variáveis foram testadas. Foram feitas entrevistas individuais e exame clínico bucal, no consultório odontológico do serviço.

Os dados relacionados às questões sociodemográficas, aspectos relacionados ao HIV, hábitos, discriminação vivenciada, utilização e satisfação com serviço foram obtidos por meio de um questionário estruturado, construído especificamente para este estudo. As variáveis de caracterização sociodemográfica incluem: idade, gênero, cor, estado civil, escolaridade, vínculo trabalhista, renda familiar, número de pessoas que vivem. E as relacionadas ao HIV e hábitos são: Carga Viral e CD4, data de diagnóstico do HIV, modo de contaminação, uso da terapia antiretroviral, hábitos de fumo, álcool, uso de drogas e uso de preservativo antes e depois do diagnóstico da doença.

Os dados relacionados à discriminação vivenciada em serviços de saúde incluem: por quais profissionais, em que tipo de serviço, forma que foi discriminado. Nas questões de utilização de serviços, verificam-se: periodicidade das consultas odontológicas, dificuldade para ser atendido no CR DST/AIDS, tempo desde a última consulta odontológica, local que costuma procurar esse tipo de serviço, o motivo de não ter procurado a Unidade Básica de Saúde mais próxima, motivo da consulta e se revelaria o estado sorológico para cirurgião-dentista sem ser do CR- DST/AIDS. E por fim, os dados de satisfação com serviço oferecido pelo CR-DST/AIDS, por meio de perguntas adaptadas por Melchior¹⁷ e Esperidião¹⁸. Para tanto foram



criados 11 indicadores: estrutura física, respeito à privacidade do usuário, relacionamento profissional/paciente, oportunidades dada ao paciente para fazer reclamações, apoio oferecido pelo serviço, pontualidade dos profissionais de saúde, orientações recebidas para o tratamento, acolhimento, conveniência dos horários de atendimento, disponibilidade de antiretrovirais e exames laboratoriais, facilidade de acesso aos serviços. Cada indicador terá gradação com variação de 1 a 5 pontos, o que corresponde respectivamente aos seguintes escores: péssimo (1 ponto), ruim (2 pontos), regular (3 pontos), bom (4 pontos), ótimo (5 pontos), sendo o menor valor atribuído ao somatório de todos indicadores(11) e o valor máximo (55) pontos.

O exame de saúde bucal foi conduzido pelo pesquisador calibrado ($\kappa > 0,81$ para todas variáveis coletadas), que utilizou a sonda preconizada pela OMS e espelhos bucais. Condição dos dentes, da gengiva, e uso e necessidade de prótese foram avaliadas de acordo com os códigos e critérios para levantamentos epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde.¹⁹ Para a condição dos dentes foi utilizado o número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). A condição periodontal foi verificada pelo Índice Periodontal Comunitário, que avaliou a presença de sangramento, cálculo e de bolsas periodontais. Os códigos foram: 0-saudável; 1-sangramento observado após a sondagem, 2- presença de cálculo; 3-bolsa 4-5 mm, 4-bolsa de 6 mm ou mais; X- sextante excluído (menos de 2 dentes); 9-não registrado.

O uso de prótese dentária foi registrado da seguinte forma: 0-não usa, 1-ponte fixa, 2-mais de uma ponte fixa, 3-prótese parcial removível, 4-prótese fixa + removível 5 – prótese total, 9-sem informação. A necessidade de prótese dentária foi também avaliada de acordo com os códigos: 0-não necessita, 1-prótese de 1



elemento, 2-mais de 1 elemento, 3- combinação de próteses, 4- prótese total, 9-sem informação.

Análise dos dados

Análises descritivas foram realizadas para caracterização da população, por meio de medidas de tendência central (frequências simples, médias e medianas) e medidas de dispersão (desvio-padrão). A amostra envolvida na pesquisa ajustou-se a distribuição normal da probabilidade, verificada por meio do teste kolmogorov e smirnov (p valor = 0,001) e as hipóteses foram verificadas com o auxílio da estatística paramétrica. A região para a rejeição ou não de qualquer dessas hipóteses foi considerada um nível de significância de 0,05. Foram realizados os testes estatísticos de análise de variância (ANOVA) e regressão logística múltipla (RLM) com eliminação das variáveis não significantes. A seleção das variáveis independentes para os modelos de RLM foi realizada segundo modelo stepwise. Depois de ajustar o modelo de RLM, com intervalo de confiança de 95% (CI), Odds Ratio e P -valores foram estimados. Todos os testes estatísticos foram realizados com a utilização do programa SPSS para Windows versão 17.0.

Aspectos éticos

Todas as questões éticas relacionados ao desenvolvimento da pesquisa foram cumpridas. A pesquisa foi realizada com a compreensão e consentimento por escrito de cada participante. O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual Paulista- Faculdade de Odontologia de Araçatuba.



3. 5 Resultados

Participaram deste estudo 177 pacientes HIV positivos, pouco mais da metade da amostra eram mulheres (53,1%), com média de idade de 42 anos. Grande parte dos participantes (63,8%) apresentou uma renda mensal de um a dois salários mínimos. Quanto à composição familiar, os entrevistados moram, em média, com três pessoas. A maioria era parda (61,6%) e não estavam em relacionamento estável (48,6%). Quanto à escolaridade, 53,1 % possuíam oito anos ou menos de estudo e 7,3% não sabiam ler e escrever.

No momento da realização do presente estudo, 62,7% dos participantes realizavam alguma atividade profissional, enquanto que 23,2% destes estavam desempregados. Existe ainda aqueles que afirmaram receber benefícios dos órgãos governamentais, como auxílio-doença (5,6%) e aposentadoria (8,5%).

Em relação aos dados laboratoriais, observou-se que 78,2% apresentaram contagem acima de 350 cels/mm³, enquanto que apenas 5,3% com valores inferiores a 200 cels./mm³. Na análise da Carga viral, 61,6% apresentaram valores indetectáveis, enquanto que 25,0% com valores acima de 10.000 cópias/ml.

Quanto ao tempo decorrido desde o diagnóstico de infecção pelo HIV, observou-se que 35% afirmaram que foi há mais de 10 anos, sendo que 86,4% dos pacientes tinham entre 20 a 50 anos quando receberam o resultado. A contaminação foi por relação heterossexual segundo 55,9% dos entrevistados e 53,1% afirmaram não saber de quem contraiu o vírus. No momento da pesquisa, 77,4% dos indivíduos estavam em uso da TARV.



Os pacientes apresentaram o CPOD com média de 17,64 (Desvio padrão= 7,786) (2,85 dentes cariados, dp = 3,58; 9,12 dentes perdidos, dp = 7,95 e 5,67 dentes obturados, dp = 4,99). A maioria dos pacientes HIV⁺ apresentaram boa condição periodontal (56,6%) e 25,3% apresentaram bolsa periodontal de 4 a 5 mm. Quanto ao uso de prótese dentária, 35% dos indivíduos examinados usavam prótese. Entre eles, 1,69% utilizavam ponte fixa, 18% prótese parcial removível, 10,7% prótese total. Quanto à necessidade de prótese, 41,5% necessitavam de próteses na maxila e 62% na mandíbula.

Quanto ao serviço odontológico, 33,3% responderam que nunca foram ao dentista e 25,4% apenas quando sentiam dor no dente, antes do diagnóstico do HIV. A maioria dos entrevistados 75,7% disse procurar atendimento odontológico somente no CR DST/AIDS, já que 93,8% disseram não ter dificuldades em conseguir ser consultado. Questionados porque não procuraram a Unidade Básica de Saúde, 24,9% afirmaram preferir atendimento no CR, enquanto 22,0% disseram não ter vagas nas UBS. Os principais motivos da consulta odontológica foram Consulta de rotina (30,5%) e Cavidades nos dentes (27,1%). 29,9% dos pacientes disseram não revelar em hipótese alguma seu estado sorológico para outro cirurgião-dentista e 14,1% responderam que só quando questionados. Dos que não revelariam 20,3% disseram ter medo de sofrer discriminação.

Somente 16,4% dos entrevistados foram discriminados por profissionais de saúde, sendo a maioria dos casos por cirurgião-dentista, seguida pelo médico. Quanto ao local, 13,6% disseram ser no serviço público de saúde. E a recusa no atendimento (7,9%), seguida pela falta de respeito/ignorância (5,6%) foram descritos como formas pelas quais foram discriminados.



Na análise dos 11 indicadores utilizados para avaliação da satisfação com o serviço de saúde, foi considerado satisfatório por 63,8% dos pesquisados, enquanto apenas 36,2% avaliaram como insatisfatório. A insatisfação foi predominante em apenas dois dos indicadores: Pontualidade dos profissionais e Estrutura física do serviço.

Na análise bivariada, com IPC como variável dependente, idade, escolaridade, idade no diagnóstico, tempo que fuma, dificuldade de atendimento no CR e o motivo da consulta odontológica tiveram associação com $p < 0,05$ (Tabela 1). No Modelo de RLM, ter menos idade demonstrou ser menos propenso a apresentar problemas periodontais ($p = 0,04$). (Tabela 3)

Tabela 1- Análise bivariada das variáveis IPC, CPOD e Uso de prótese segundo variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012.

Variáveis Independentes	IPC		P valor	CPOD		P valor	Uso de Prótese		Pvalor
	≤2 n(%)	>2 n(%)		≤18	>18		Não	Sim	
Idade									
18 a 34	22(22,0)	48(62,3)	0,000	38(42,2)	3(3,4)	0,000	37(29,4)	4(7,8)	0,000
35 a 44	40(40,0)	26(33,8)		26(28,9)	40(46,0)		50(39,7)	16(31,4)	
45 a 70	38(38,0)	3(3,9)		26(28,9)	44(50,6)		39(31,0)	31(60,8)	
Estado civil									
Solteiro	50(50,0)	36(46,8)	0,058	44(48,9)	42(48,3)	0,049	64(50,8)	22(43,1)	0,157
Casado/ União Consensual	36(14,0)	13(28,6)		34(37,8)	24(27,5)		44(34,9)	14(27,5)	
Viúvo	3(3,0)	10(13,0)		2(2,2)	11(12,6)		6(4,8)	7(13,7)	
Separado/Divorciado	11(11,0)	9(11,7)		10(11,1)	10(11,5)		12(9,5)	8(15,7)	
Escolaridade									
Analfabeto	6(6,0)	7(9,1)	0,002	5(5,6)	8(9,2)	0,320	8(6,3)	5(9,8)	0,059
< 8 anos de estudo	43(43,0)	51(66,2)		48(53,3)	46(52,9)		61(48,4)	33(64,7)	
9 a 11 anos de estudo	35(35,0)	16(20,8)		24(26,7)	27(31,0)		40(31,7)	11(21,6)	
12 ou > anos de estudo	16(16,0)	3(3,9)		13(14,4)	6(6,9)		17(13,5)	2(3,9)	
Vínculo trabalhista									
Trabalha	54(54,0)	31(40,3)	0,069	52(57,8)	33(37,9)	0,008	65(51,6)	20(39,2)	0,134
Não trabalha	46(46,0)	46		38(42,2)	54(62,1)		61(48,4)	31(60,8)	
Idade no diagnóstico									
< 20 anos	11(11,0)	0(0,0)	0,000	9(10)	2(2,3)	0,012	11(8,7)	0(0,0)	0,001
20 a 50 anos	87(87,0)	66(85,7)		78(86,7)	75(86,2)		110(87,3)	43(84,3)	
> 50 anos	2(2,0)	11(14,3)		3(3,3)	10(11,5)		5(4)	8(15,7)	
Modo de Contaminação									
Heterossexual	56(56,0)	43(55,8)	0,188	54(60)	45(51,7)	0,003	69(54,8)	30(58,8)	0,550
Homossexual	22(22,0)	14(18,2)		22(24,4)	14(16,1)		27(21,4)	9(17,6)	
Uso de drogas	0(0,0)	1(1,3)		0(0,0)	1(1,1)		1(0,8)	0(0,0)	
Transfusão Sanguínea	2(2,0)	0(0,0)		2(2,2)	0(0,0)		2(1,6)	0(0,0)	
Mãe para filho	2(2,0)	0(0,0)		2(2,2)	0(0,0)		2(1,6)	0(0,0)	
Não sabe	18(18,0)	19(24,7)		10(11,1)	27(31,0)		25(19,8)	12(23,5)	
Tempo que fuma									
0 a 20 anos	18(78,3)	8(47,1)	0,040	12(80,0)	14(56,0)	0,115	20(64,5)	6(66,7)	0,905
> 20 anos	5(21,7)	9(52,9)		3(20,0)	11(44,0)		11(35,5)	3(33,3)	

Continua



Tabela 1 (Continuação)

Variáveis Independentes	IPC		P valor	CPOD		P valor	Uso de Prótese		
	≤2 n(%)	>2 n(%)		≤18	>18		Não	Sim	Pvalor
Frequência de consulta ao CD, antes do HIV									
Quando doía	22(22,0)	23(29,9)	0,577	19(21,1)	26(29,9)	0,062	9(15,0)	36(30,8)	0,049
Nunca	36(36,0)	29(36,7)		42(46,6)	23(26,4)		53(42,1)	12(23,6)	
1 vez por ano	30(30,0)	18(23,4)		22(24,4)	26(29,9)		31(24,6)	17(33,3)	
06 em 06 meses	12(12,0)	7(9,1)		7(7,8)	12(13,8)		13(10,3)	6(11,8)	
Dificuldade atendimento CR DST/AIDS									
Sim	10(10,0)	1(1,3)	0,009	5(5,6)	6(6,9)	0,712	9(7,1)	2(3,9)	0,685
Não	90(90,0)	76(98,7)		85(94,4)	81(93,1)		117(92,9)	49(96,1)	
Tempo decorrido desde a última consulta									
Menos de 6 meses	36(36,0)	18(23,4)	0,359	27(30,0)	26(29,8)	0,812	45(35,7)	8(14,7)	0,040
De 6 meses a 1 ano	17(17,0)	15(19,5)		15(16,7)	17(19,5)		18(14,3)	14(27,5)	
Mais de 1 ano	48(48,0)	44(57,1)		48(53,3)	44(50,6)		63(50,0)	0(0,0)	
Motivo consulta odontológica									
Dor	10(10,0)	6(7,8)	0,005	10(11,1)	6(6,9)	0,001	12(9,5)	4(7,8)	0,006
Consulta de rotina	33(33,0)	21(27,3)		32(35,6)	22(25,3)		42(33,3)	12(23,5)	
Sangramento gengival	9(9,0)	15(19,5)		13(13,3)	12(13,8)		15(11,9)	9(17,6)	
Cavidades nos dentes	34(34,0)	14(18,2)		28(31,1)	20(23)		35(27,8)	13(25,5)	
Lesões bucais	1(1,0)	0(0,0)		1(1,1)	0(0,0)		1(0,8)	0(0,0)	
Exodontia	12(12,0)	13(16,9)		7(7,8)	18(20,7)		20(15,9)	5(9,8)	
Próteses	1(1,0)	8(10,4)		0(0,0)	9(10,3)		1(0,8)	8(15,7)	
Porque não revelaria seu estado sorológico para outro CD?									
Discriminação	26(74,3)	10(55,6)	0,541	26(81,3)	10(47,6)	0,007	30(76,9)	6(42,9)	0,115
Sigilo	2(5,7)	1(5,6)		1(3,1)	2(9,5)		1(2,6)	2(14,3)	
Vínculo com o profissional	2(5,7)	2(11,1)		2(6,3)	2(9,5)		2(5,1)	2(14,3)	
Não acha necessário	5(14,3)	5(27,8)		3(9,4)	7(33,3)		6(15,4)	4(28,6)	
Satisfação com Serviço									
Satisfatório	56(56,0)	54(70,1)	0,053	51(56,7)	59(67,8)	0,126	72(57,1)	38(74,5)	0,028
Insatisfatório	44(44,0)	23(29,9)		39(43,3)	28(32,2)		54(42,9)	13(25,5)	

Com CPOD como variável dependente, a análise mostrou que idade, estado civil, vínculo trabalhista, idade no diagnóstico, modo de contaminação, motivo da consulta odontológica e porque não revelaria seu estado sorológico para outros cirurgões-dentistas foram associadas com $p < 0,05$ (Tabela 1).

Para o Uso de Prótese, foi observado que idade, idade no diagnóstico, frequência de consulta ao cirurgião-dentista antes do HIV, tempo desde a última consulta odontológica, motivo da consulta e satisfação com serviço foram associados na análise bivariada (Tabela 1). Já no modelo de RLM, aqueles com



idade mais avançada e insatisfeitos com serviço odontológico tinham mais risco de não fazer uso da prótese dentária (Tabela 3).

Quando dentes Cariados foi utilizado como variável dependente, na análise bivariada, motivo do abandono da TARV, hábito de fumar, o tempo que faz uso de cigarro, fato de não ter procurado a UBS, motivo da consulta odontológica e se revelaria seu estado sorológico para outro cirurgião-dentista, foram associados $p < 0,05$ (Tabela 2). O modelo multivariado indicou que as pessoas que abandonaram o uso da TARV, estavam em risco de ter mais de três dentes cariados (Tabela 3).

Tabela 2- Análise bivariada das variáveis Cariados, Perdidos e Obturados segundo variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012.

Variáveis Independentes	Cariados		P valor	Obturados		P valor	Perdidos		Pvalor
	≤6 n(%)	>6 n(%)		≤6 n(%)	>6 n(%)		≤9	>9	
Idade									
18 a 34	28(23,0)	13(23,6)	0,111	30(26,8)	10(16,1)	0,063	38(35,2)	2(3,0)	0,000
35 a 44	40(32,8)	26(47,3)		35(31,3)	30(48,4)		40(37,0)	25(37,9)	
45 a 70	54(44,3)	16(29,1)		47(42,0)	22(35,5)		30(27,8)	39(59,1)	
Sexo									
Feminino	63(51,6)	31(56,4)	0,560	52(46,4)	39(62,9)	0,036	55(50,9)	36(54,5)	0,643
Masculino	59(48,4)	24(43,6)		60(53,6)	23(37,1)		53(49,1)	30(45,5)	
Escolaridade									
Analfabeto	9(7,4)	4(7,3)	0,704	11(9,8)	2(3,2)	0,172	5(4,6)	8(12,1)	0,001
< 8 anos de estudo	62(50,8)	32(58,2)		62(55,4)	30(48,8)		48(44,4)	44(66,7)	
9 a 11 anos de estudo	36(29,5)	15(27,3)		29(25,9)	21(33,9)		39(36,1)	11(16,7)	
12 ou > anos de estudo	15(12,3)	4(7,3)		10(8,9)	9(14,5)		16(14,8)	3(4,5)	
Vínculo trabalhista									
Trabalha	56(45,9)	29(52,7)	0,400	52(46,4)	31(50,0)	0,652	58(53,7)	25(37,9)	0,001
Não trabalha	66(54,1)	26(47,3)		60(53,6)	31(50,0)		50(46,3)	41(62,1)	
Idade no diagnóstico									
< 20 anos	8(6,6)	3(5,5)	0,376	9(8,0)	2(3,2)	0,366	11(10,2)	0(0,0)	0,000
20 a 50 anos	10(84,4)	50(90,9)		93(83,0)	57(91,9)		93(86,1)	57(84,6)	
> 50 anos	11(9,0)	2(3,6)		10(8,9)	3(4,8)		4(3,7)	9(13,6)	
Motivo do Abandono da TARV									
Drogas/Álcool	2(9,1)	5(45,5)	0,034	5(25,0)	2(15,4)	0,549	3(13,0)	4(40,0)	0,037
Sentir-se mal	2(9,1)	3(27,3)		4(20,0)	1(7,7)		4(17,4)	1(10,0)	
Depressão (Desânimo)	9(40,9)	2(18,2)		7(35,0)	4(30,8)		10(43,4)	1(10,0)	
Dificuldades de acesso	1(4,5)	1(9,1)		1(5,0)	1(7,7)		0(0,0)	2(20,0)	
Não aceitava o HIV	5(22,7)	0(0,0)		1(5,0)	4(30,8)		4(17,4)	1(10,0)	
Excesso de fé/ Aposentadoria	3(13,6)	0(0,0)		2(10,0)	1(7,7)		2(8,7)	1(10,0)	
Fuma									
Sim	21(17,2)	19(34,5)	0,013	27(24,1)	12(19,4)	0,468	22(20,4)	17(25,8)	0,411
Não	101(82,)	36(65,5)		85(75,9)	50(80,6)		86(79,6)	49(74,2)	
Tempo que fuma									
0 a 20 anos	17(81,0)	9(47,4)	0,025	15(55,6)	10(83,3)	0,083	16(72,7)	9(52,9)	0,202
> 20 anos	4(19,0)	10(52,6)		12(44,4)	2(16,7)		6(27,3)	8(47,1)	
Frequência de consulta ao CD, antes do HIV									
Quando doía	32(26,2)	13(23,6)	0,798	27(24,1)	16(25,8)	0,000	23(21,3)	20(30,3)	0,375
Nunca	42(34,5)	23(41,8)		52(45,4)	12(19,3)		39(36,1)	25(37,8)	
1 vez por ano	35(28,7)	13(23,6)		24(21,4)	24(38,7)		33(30,6)	15(22,7)	
06 em 06 meses	13(10,7)	6(10,9)		9(8,0)	10(16,1)		13(12,0)	6(9,1)	

Continua



Tabela 2 (Continuação)

Variáveis Independentes	Cariados		P valor	Obturados		P Valor	Perdidos		Pvalor
	≤6 n(%)	>6 n(%)		≤6 n(%)	>6 n(%)		≤9 n(%)	>9 n(%)	
Local que costuma procurar serviços odontológicos									
UBS próximo de casa	8(6,6)	3(5,5)		6(5,4)	4(6,5)		6(5,6)	4(6,1)	
CR DST AIDS VIX	92(75,6)	42(76,4)		88(78,6)	44(71,0)		79(73,1)	53(80,3)	0,220
Consultório particular	17(13,9)	8(14,5)	0,131	15(13,4)	10(16,1)	0,042	16(14,8)	9(13,6)	
Plano odontológico	4(3,3)	0(0,0)		0(0,0)	4(6,5)		4(3,7)	0(0,0)	
Nenhum lugar	0(0,0)	2(3,6)		2(1,8)	0(0,0)		2(1,9)	0(0,0)	
Porque não procurou UBS									
Burocracia	12(10,4)	8(14,4)		13(13,1)	7(12,1)		10(9,8)	10(15,9)	
Discriminação/ medo/sigilo	19(16,5)	6(11,5)		13(12,2)	12(20,7)		18(17,6)	7(11,2)	
Não cuidava da saúde	1(0,9)	4(7,7)		5(4,7)	0(0,0)		3(2,9)	2(3,2)	0,619
Não precisava	19(16,5)	2(3,8)	0,020	12(11,2)	9(15,5)	0,453	12(11,8)	9(14,3)	
Não há UBS	9(7,8)	4(7,7)		9(8,4)	4(6,9)		7(6,9)	7(11,1)	
Não tem vaga	26(22,6)	13(25,0)		24(22,4)	13(22,4)		26(25,5)	11(17,5)	
Prefiro ser atendido no CR	29(25,2)	15(28,8)		31(29,0)	13(22,4)		28(27,5)	16(25,4)	
Motivo consulta odontológica									
Dor	8(6,6)	8(14,5)		8(7,1)	6(9,7)		10(9,3)	4(6,1)	
Consulta de rotina	44(36,1)	10(18,2)		33(29,5)	20(32,3)		37(34,3)	16(24,2)	
Sangramento gengival	23(18,9)	1(1,8)		17(15,2)	7(11,3)		14(13,0)	10(15,2)	
Cavidades nos dentes	27(22,1)	21(38,2)	0,000	28(25,0)	20(32,3)	0,659	33(30,6)	15(22,7)	0,013
Lesões Bucais	0(0,0)	1(1,8)		1(0,9)	0(0,0)		1(0,9)	8(12,1)	
Exodontia	11(9,0)	14(25,5)		18(16,1)	4(11,3)		12(11,1)	13(19,7)	
Próteses	9(7,4)	0(0,0)		7(6,3)	2(3,2)		1(0,9)	8(12,1)	
Revelaria seu estado sorológico para outro CD									
Sim	59(48,4)	40(72,7)		64(57,1)	33(53,2)		56(51,9)	41(62,1)	
Não	42(34,4)	11(20,0)	0,008	33(29,5)	20(32,3)	0,883	37(34,3)	16(24,2)	0,172
Somente se perguntasse	21(17,2)	4(7,3)		15(13,4)	9(14,5)		15(13,9)	9(13,6)	
Porque não revelaria									
Discriminação	29(69,0)	7(63,6)		25(75,8)	11(55,0)		28(75,7)	8(50,0)	0,172
Sigilo	2(4,8)	1(9,1)		0(0,0)	3(15,0)	0,006	2(5,4)	1(6,3)	
Vínculo com o profissional	3(7,1)	1(9,1)	0,952	4(12,1)	0(0,0)		1(2,7)	3(18,8)	
Não acha necessário	8(19,0)	2(18,2)		4(12,1)	6(30,0)		6(16,2)	4(25,0)	
Satisfação com Serviço									
Satisfatório	77(58,3)	33(60,0)		68(60,7)	39(62,9)		62(57,4)	45(68,2)	
Insatisfatório	45(41,7)	22(40,0)	0,257	44(39,3)	23(37,1)	0,044	46(42,6)	21(31,8)	0,047

Para os dentes Obturados os resultados da análise bivariada mostram que idade, sexo, frequência de consulta com cirurgião-dentista antes do HIV, local que procura para atendimento odontológico, não revelar seu estado sorológico para outro cirurgião-dentista e satisfação com o serviço foram associadas $p < 0,05$ (Tabela 2). Entre eles, a frequência de consulta ao cirurgião-dentista antes do HIV foi indicador de risco para a presença de poucos dentes obturados (Tabela 3).



E por fim os dentes Perdidos foram associados com idade, escolaridade, vínculo trabalhista, idade no diagnóstico, motivo do abandono da TARV, motivo da consulta odontológica e satisfação com serviço, com $p < 0,05$ (Tabela 2). O modelo de regressão mostrou que idade mais avançada, baixa escolaridade e ter como motivo de consulta dor e cáries foram fatores de risco para presença de dentes perdidos (Tabela 3).

Tabela 3- Regressão logística múltipla para as variáveis IPC, CPOD, Uso de prótese, Cariados, Obturados e Perdidos com as variáveis independentes dos participantes do estudo. Espírito Santo, 2012.

Variáveis	Oddis Ratio	Intervalo de Confiança	Pvalor
IPC			
Idade mais avançada	5,954	1,76 – 20,123	0,004
CPOD			
Contaminado por via sexual	2,472	0,788 – 7,755	0,121
Uso de Prótese			
Idade mais avançada	2,624	1,609 – 4,279	0,000
Insatisfação com serviço	2,656	1,262 – 5,588	0,010
Cariados			
Abandono da TARV por desânimo	0,125	0,015 – 1,029	0,050
Fumar	0,006	0,000 – 0,406	0,017
Não Revelar o HIV para CD fora do CR	66,223	66,223 – 0,394	0,109
Obturados			
Poucas ou nenhuma consulta antes do diagnóstico do HIV	2,047	1,143 – 3,666	0,016
Perdidos			
Idade mais avançada	2,974	1,771- 4,997	0,000
Menor nível de escolaridade	0,507	0,311 - 0,829	0,007
Motivo de dor e cavidades nos dentes	1,254	1,021 – 1,541	0,031

3. 6 Discussão

Nos países da América Latina, estima-se que 1,4 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV e cerca de metade destes indivíduos vivem no Brasil. A



epidemia de AIDS no Brasil é relativamente estável, com uma prevalência estimada 0,6% de adultos, sendo em sua maioria do sexo feminino, faixa etária de 25 a 49 anos, baixa renda e escolaridade, como os dados observados no presente estudo.²⁰ Muitos avanços foram alcançados até essa terceira década da epidemia do HIV com a Política Nacional DST/AIDS no Brasil, inclusive na assistência odontológica, no entanto, poucos estudos foram realizados para demonstrar essa melhora, assim como pesquisas que avaliem a condição de saúde bucal de adultos brasileiros que vivem com HIV/AIDS.

No que diz respeito à cárie dentária, as PVHA apresentaram em média, 17,64 dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). Comparando-se este resultado com os dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal Nacional de 2010, que o CPOD em média dos adultos brasileiros foi de 16,3, pode-se verificar uma pior condição dentária das PVHA brasileiras.²¹ As variáveis sociodemográficas foram capazes de identificar PVHA com condições de saúde bucal ruim, onde os entrevistados que tinham vínculo empregatício, mais de 9 anos de escolaridade, e tinham menos idade eram menos propensos a ter alto índice de CPOD. Isto também é observado em estudos com a população geral, na qual o status socioeconômico é um fator determinante na saúde, já que melhora o acesso a informação e a procura por uma vida mais saudável.²²⁻²⁴

O abandono da terapia antiretroviral por motivos de desânimo, não aceitar a doença, uso de drogas e bebidas alcoólicas, também foram indicadores de risco para dentes Cariados e Perdidos. Uma explicação para isso é que com a não adesão ao tratamento, a carga viral aumenta e as células CD4 diminuem, o que acarreta a queda de imunidade, que como consequência aparecem as doenças



oportunistas, que inclui as afecções bucais.²⁵ Além disso, estudos mostram que pacientes em uso da TARV apresentam menor ocorrência de superfícies cariadas do que os que não usam. Isto ocorre porque os pacientes que tendem a aderir ao tratamento são mais propensos a buscar cuidados com a saúde e, portanto, visitam mais vezes o cirurgião-dentista e realizam o tratamento dentário completo.^{26,27}

Historicamente, no Brasil, à população adulta têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria ocasionada por dor, o que via de regra resulta em perda dentária. Ter procurado o cirurgião-dentista pelo motivo de dor ou cáries, aumentou o risco das PVHA terem mais que nove dentes perdidos na boca. Isso mostra que a procura pelo atendimento odontológico acontece quando a doença bucal já está em estágio avançado, o que provoca irritação e dor. Consequência direta dessa exclusão sistemática dos serviços, as extrações dentárias são desfechos que, na maioria das vezes, poderiam ser evitados.²⁸

No que diz respeito à condição periodontal, menos da metade dos entrevistados apresentaram alterações, sendo que estudos tem mostrado que pacientes com baixos níveis de células CD4 apresentam maior prevalência de doença periodontal, assim a boa condição dos participantes da pesquisa pode ser justificada pelos altos níveis de células CD4.^{29,30} Já em relação ao Uso de Prótese, observa-se que aqueles com idade mais avançada, maior é a perda dentária, e assim mais próteses utilizam, que aumenta a busca pelos serviços odontológicos oferecidos. No entanto, o acesso ao tratamento protético gratuito no Brasil, ainda é complicado, há uma fila de espera de muito tempo, que leva os pacientes que necessitam de prótese dentária e não possuem condições financeiras de pagar um serviço privado, desistirem do atendimento odontológico.³¹ Tal fato, é visto no presente estudo com o



alto número de pessoas que necessitam de próteses dentárias na maxila (41,5%) e na mandíbula (62,0%).

Desde 1990, o Brasil oferece assistência gratuita, especializada, de qualidade e com acesso universal para PVHA, isto reflete nos resultados de satisfação dos pesquisados com serviço oferecido pelo CR DST/AIDS, sendo que os poucos relatos de insatisfação foram em sua maioria relacionados à estrutura física e a pontualidade dos profissionais, também observado em outros estudos.^{32,33} O fato desses pacientes estarem satisfeitos com o serviço de referência, faz com que procurem pelo atendimento odontológico, que não era muito frequente antes do diagnóstico do HIV. Essa falta de cuidado bucal antes da descoberta da infecção, fez com que as PVHA do estudo apresentassem menos dentes restaurados. Após a descoberta da sorologia, a maioria dos entrevistados passou a procurar cuidados odontológicos somente no CR DST/AIDS, já que relataram não ter dificuldades em conseguir ser consultado, além da preferência em comparação com a UBS no bairro em que vivem. Um dos motivos é o fato de não revelarem o estado sorológico para cirurgião-dentista que não seja do serviço de referência, por medo de sofrerem discriminação e de que outras pessoas fiquem sabendo da sua condição de saúde. Essa preferência por serviços especializados e até mesmo distantes dos locais em que vivem também é relatada em outros estudos, com justificativas relacionadas ao estigma da sociedade quanto ao viver com HIV/AIDS.^{9,34}

Muitas pessoas que vivem com doenças crônicas, como o HIV convivem com problemas bucais evitáveis e não tratados. O número de dentes cariados e perdidos e necessidade de prótese caracteriza a amostra como um grupo com grande necessidade de atendimento odontológico. Isto reflete na importância de se oferecer



um tratamento adequado e com qualidade para o paciente, com melhora na implementação de estratégias de reabilitação oral (prótese dentária), devido ao grande número de dentes perdidos, bem como a valorização do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais dos centros de referência, e também a realização de programas educativos e preventivos para uma maior adesão aos cuidados com a saúde geral e bucal por estes pacientes.

3.7 Conclusão

A saúde bucal precária das PVHA foi influenciada principalmente por fatores sociodemográficos, aspectos relacionados ao HIV, utilização e satisfação com serviço.

3. 8 Referências

1. Sepkowitz KA. AIDS - The first 20 years. *N Engl J Med* 2001;344:1764-72.
- 2-Porter K, Babiker A, Bhaskaran K, et al. Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART. *Lancet* 2003;362:1267–74.
3. Campos TS, Ribeiro LCC. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS no Alto Vale do Jequitinhonha, 1995-2008. *Rev Med Minas Gerais* 2011;21:14-8.
4. Jenkison C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:335-9.
5. Solorio MR, Currier J, Cunningham W. HIV health care services for Mexican migrants. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:5240-51.
6. Carrara S, Moraes C. Um vírus só não faz doença. *Cad Inst Med Social* 1987;1:96-123.



7. Creel AH, Rimal RN, Mkandawire G, Boose K, Brown JW. Effects of a mass media intervention on HIV-related stigma: 'Radio Diaries' program in Malawi. *Health Educ Res* 2011;26:456–65.
8. Bryan, CS. HIV/AIDS and bioethics: historical perspective, personal retrospective. *Health Care Anal* 2002;10:5-18.
9. Garbin CAS, Martins RJ, Garbin AJI, Lima DC, Prieto AKC. Percepção de paciente HIV-positivo de um centro de referência em relação a tratamento de saúde. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* 2009;21:107-10.
10. Sheldon J, Murray E, Johnson A, Haines A. The involvement of general practitioners in the care of patients with human immunodeficiency virus infection: current practice and future implications. *Fam Pract* 1993;10:396-9
11. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25:259-68
12. Marcus M, Maida CA, Coulter ID, et al. A longitudinal analysis of unmet need for oral treatment in a national sample of medical HIV patients. *Am J Public Health* 2005;95:73-5.
13. Shiboski CH, Palacio H, Neuhaus JM, Greenblatt RM. Dental care access and use among HIV-infected women. *Am J Public Health* 1999; 89:834-9.
14. Weinert M, Grimes RM, Lynch DP. Oral manifestations of HIV infection. *Ann Intern Med* 1996;125:485-96.
15. Petersen PE. Strengthening the prevention of HIV/AIDS-related oral disease: a global approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:399-401.
16. Dobalian A, Andersen RM, Stein JA, Hays RD, Cunningham WE, Marcus M. The impact of HIV on oral health and subsequent use of dental services. *J Public Health Dent* 2003;63:78–85.



17. Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40:143-51.
18. Esperidião MA, Trab LB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006;22:1267-76.
19. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4th Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
20. UNAIDS: A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS (UNAIDS), 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids DST-briefing*. Brasília: Ministério da saúde, 2010.
22. Krstrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark – the impact of socio-demo-graphic factors and use of oral health services. *Community Dent Health* 2007;24:225–32.
23. Santo AE, Tagliaferro EP, Ambrosano GM, Meneghim MC, Pereira AC. Dental status of Portuguese HIV+ patients and related variables: a multivariate analysis. *Oral Dis*. 2010;16:176-84.
24. Tobias CR, Lemay CA, Jeanty Y, Umez-Eronini AA, Reznik DA. Factors associated with preventive dental care-seeking behavior among people living with HIV. *J Public Health Dent* 2012;72:60-7.
25. Mukherjee JS, Ivers L, Leandre F, Farmer P, Behforouz H. Antiretroviral therapy in resource-poor settings decreasing barriers to access and promoting adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:s123-6.
26. Aleixo AP, Scherma G, Guimarães JR, Cortelli IR, Cortelli SC. DMFT index and oral mucosal lesions associated with HIV infection: cross-sectional study in Porto Velho, Amazonian region—Brazil. *Braz Infect Dis* 2010;14:449–56.



27. Bretz WA, Flaitz C, Moretti A, Corby P, Schneider LG, Nichols CM. Medication usage and dental caries outcome-related variables in HIV/AIDS patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2000;14:549–54.
28. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perda dentária e fatores sociais, demográficos e de services associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública* 2007;23:1803-14.
29. Pedreira EN, Cardoso CL, Barroso EC, Santos JA, Fonseca FP, Taveira LA. Epidemiological and oral manifestations of HIV-positive patients in a specialized service in Brazil. *J of Appl Oral Sci* 2008;16:369–75.
30. Sy AA, Freed BA, Chau FK, Marcus M. National estimates of the characteristics of individuals infected with HIV who are likely to report and receive treatment for painful bleeding gums. *Spec Care Dentist* 2011;31:162-9.
31. Engeland CG, Jang P, Alves M, Marucha PT, Califano J. HIV infection and tooth loss. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:321–6.
32. Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360:1862-5.
33. Stein M D, Fleischman J, Mor V, Dresser M. Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV-infected persons. *Med Care* 1993; 31:182-8.
34. Rungsiyanont S, Vacharotayangul P, Lam-ubol A, Ananworanich J, Phanuphak P, Phanuphak N . Perceived dental needs and attitudes toward dental treatments in HIV-infected Thais. *AIDS Care* 2012;24:1584-90.



ANEXO A – Referências da Introdução Geral

ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. **Lancet**, v.372, n.9635, p. 293–299, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. **Interface- Comunic. Saúde.Educ.** v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BAJUNIRWE, F.; TISCH, D.J.; KING C.H.; ARTS E.J.; DEBANNE S.M.; SETHI K.A. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. **AIDS Care**. v.21, n.3, p.271-279, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**: versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 24p.

Felismino, H.P.; Costa, S.F.G.; Soares, M.J.G.O. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. **Rev Eletr de Enf**; v.10, n.1, p.87-99, 2008.

Kermode, M.; Holmes, W.; Langkham, B.; Thomas, M.S.; Gifford, S. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. **Indian J.Med.Res**; v.122, n.3, p.258-264, 2005.

Merati, T.; Supriyadi.; Yuliana, F. The disjunction between policy and practice: HIVdiscrimination in health care and employment in Indonesia. **Aids Care**; v.17, sup.2, p.175-179, 2005.

Mrus, J.M.; Willians, P.L.; Tsevat, J.; Cohn, S.E.; Wu, AW. Gender differences in health-related quality of life in patient with HIV/AIDS. **Qual.Life Res**; v.14, n. 2, p.479-491, 2005.

Pereira, J.A.; Marques, R.H.; Fonseca, L.V.L.; Eleutério, A.M.; Bonfim, M.L.C.; Dias, O.V. Infecção pelo HIV e Aids em município do norte de Minas Gerais. **Rev. APS**; v. 14, n.1, p. 39-49, 2011.



Senna, M.I.B.; Guimarães, M.D.C.; Pordeus, I.A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/aids: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v.21, n.1, p.217-225, 2005.

Souza, T.R.C. **Impacto Psicossocial da Aids**: enfrentando perdas... resignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS; 2008. 90p.



ANEXO B – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa



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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto **"Convivendo com HIV/AIDS: interfaces da discriminação e condição de saúde com qualidade de vida"**, sob a responsabilidade do Pesquisador **ARTÊNIO JOSÉ ISPER GARBIN**, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado por este Comitê em reunião realizada no dia 08/03/2012, conforme o Processo FOA-02411/2011.

Araçatuba, 14 de março de 2012.

ANA CLÁUDIA DE MELO STEVANATO NAKAMUNE

Coordenadora do CEP



ANEXO C– Instrumentos de coleta dados – 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo		<input type="checkbox"/>			
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.		<input type="checkbox"/>			
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		<input type="checkbox"/>			
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais		<input type="checkbox"/>			



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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais		<input type="checkbox"/>			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável		<input type="checkbox"/>			

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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral		<input type="checkbox"/>			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria		<input type="checkbox"/>			



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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto		<input type="checkbox"/>			

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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis		<input type="checkbox"/>			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo		<input type="checkbox"/>			
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios		<input type="checkbox"/>			

**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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado		<input type="checkbox"/>			

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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV		<input type="checkbox"/>			
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		<input type="checkbox"/>			
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV		<input type="checkbox"/>			



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. .		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento		<input type="checkbox"/>			
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo		<input type="checkbox"/>			

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		<input type="checkbox"/>			
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo		<input type="checkbox"/>			


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 D – Instrumentos de coleta de dados – Questionário semiestruturado

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Faculdade de Odontologia Campus de Araçatuba-UNESP		Ficha Nº <input type="text"/>
		Prontuário <input type="text"/>
Dimensão caracterização sociodemográfica		Q.18 Você consome bebida alcoólica? 1) Sim. Com que frequência _____ 2) Não
Q.1 Bairro: _____ Cidade: _____	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.4 Sexo: (1)Feminino (2)Masculino	Q.20 Usava preservativo antes 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.21 Passou a usar preservativo depois de descobrir ser portador de HIV/Aids? 1) Nunca 2) Sempre 3) Às vezes
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	Dimensão discriminação
Q.9 Quantas pessoas moram com você: _____	Q.10 Renda Familiar 1) Menos 1SM 4) 5 a 6 SM 2) 1 a 2 SM 5) 7 a 10 SM 3) 3 a 4 SM 6) Mais de 10SM	Q.22 Já sofreu discriminação por profissionais da saúde? 1) Sim. Quantas vezes? _____ 2) Não
Dimensão contaminação, terapia e hábitos		Q.23 Qual ou quais foram os profissionais de saúde? _____ _____ _____
Q.11 Em que ano descobriu que tinha HIV/Aids? _____	Q.12 Quantos anos você tinha? _____	Q.24 Foi em qual serviço de saúde?? 1) Público 2) Particular 3) Em ambos
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.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.16 Já abandonou o tratamento alguma vez? 1) Sim, qual motivo? _____ 2) Não	Q.26 Por que você acha que foi discriminado pelo(s) profissional(is) de saúde? _____ _____ _____
Q.17 Você Fuma? 1) Sim. Há quanto tempo _____ Quanto cigarros por dia _____ 2) Não		



Dimensão serviço odontológico	Dimensão acesso e satisfação com serviço de saúde
<p>Q.27 Antes de descobrir o HIV, com que periodicidade você ia ao dentista? _____</p> <p>Q.26 Teve alguma dificuldade para receber atendimento odontológico no CR/DST Aids?</p> <p>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</p> <p>2) Não</p> <p>Q.28 Qual o tempo decorrido desde a última consulta odontológica?</p> <p>1) Menos de 1 mês 2) De 1 a 6 meses 3) De 6 meses a 1 ano 4) Mais de 1 ano</p> <p>Q.29 Onde costuma procurar serviços odontológicos?</p> <p>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 _____</p> <p>Q.30 Por que não procurou a UBS mais próxima a sua residência? _____ _____</p> <p>Q.31 Qual principal motivo para procurar atendimento odontológico?</p> <p>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 _____</p> <p>Q.32 Você revelaria seu estado sorológico para o Dentista que procurasse atendimento sem ser no CR/ DST- Aids?</p> <p>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) Fata de vínculo com profissional 6) Outra _____</p> <p>3) Somente se ele perguntasse</p>	<p>Q.33 Em sua opinião, o apoio oferecido pelos profissionais de saúde que lhe atendem no CR/DST Aids é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.34 Em sua opinião, os horários de atendimentos disponibilizados nesse serviço são?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.35 Em sua opinião, as orientações fornecidas pela equipe que lhe atende nesse serviço</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.36 Em sua opinião, o respeito a privacidade dos usuários nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.37 Em sua opinião, a pontualidade dos profissionais que lhe atendem nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.38 Em sua opinião a disponibilidade de anti-retrovirais e exames laboratoriais nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.39 Em sua opinião, o relacionamento entre profissionais e usuários nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.40 Em sua opinião, a facilidade de acesso a esse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.41 Em sua opinião, a oportunidade dada aos usuários de fazer reclamações nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.42 Em sua opinião, o acolhimento dispensado nesse serviço pela equipe que lhe atende é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p> <p>Q.43 Em sua opinião, a estrutura física nesse serviço é?</p> <p>Excelente (5) Regular (3) Péssimo (1) Bom (4) Ruim (2)</p>

