

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA  
SAÚDE

GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA

**LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL, QUALIDADE DE  
VIDA E ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

MARINGÁ  
2021

GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA

**LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL, QUALIDADE DE  
VIDA E ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE  
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rose Mari Bennemann  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Paula Jacobucci  
Botelho

MARINGÁ

2021

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

S586l Silva, Gisselly Maria Campos da.  
Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acesso à assistência  
odontológica de pessoas vivendo com HIV/AIDS / Gisselly Maria Campos da  
Silva. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2021.  
105 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Rose Mari Bennemann.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Paula Jacobucci Botelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR,  
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2021.

1. Promoção da saúde. 2. Saúde bucal. 3. Vírus da imunodeficiência humana.  
I. Título.

CDD – 614

Roseni Soares – Bibliotecária – CRB 9/1796  
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as pessoas que estiveram ao meu lado, em especial a minha família (Eudes, Jusimeiri, Elieudes, Douglas, Matheus, Hugo, Allan, João, Ivan, Julia, Laís, Daniela e Raoni).

Dedico ao meu pai João Jocelino (*in memoriam*) que em 2016 foi morar com Deus, mas sei que estaria orgulhoso.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me capacitado e por ter guiado meus passos até aqui.

A minha família, sem vocês ao meu lado certamente eu não teria conseguido. Em especial a minha mãe Eudes, por todo apoio, suporte e amor.

Ao meu namorado Raoni, por todo incentivo e apoio.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Rose Mari Bennemann pelos ensinamentos.

A minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Maria Paula Jacobucci Botelho, por todo incentivo, ensinamentos e dedicação.

Aos meus amigos por todo apoio. Em especial as minhas amigas Danielli e Mariana por todo incentivo.

Aos meus queridos amigos do mestrado Evelyn, Ayanne, Jenifer e Gustavo por todo companheirismo.

A toda equipe do Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento por toda orientação e acolhimento.

A todos os pacientes que aceitaram participar, sem vocês este trabalho não seria possível.

## **Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com HIV/AIDS**

### **RESUMO**

A saúde bucal é considerada uma necessidade e é parte da saúde sistêmica ao longo da vida. Quando deficiente pode ter impacto na qualidade de vida, especialmente em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O objetivo do presente estudo foi avaliar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) /AIDS. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem mista, com coleta de dados primários, e com amostra não probabilística e de conveniência. Foram convidados a participar indivíduos adultos (idade  $\geq 18$  a 59 anos) e idosos (idade  $\geq 60$  anos), de ambos os sexos, que frequentavam o Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/AIDS, da 15<sup>o</sup> Regional de Maringá-PR no período de Outubro de 2020 a Janeiro 2021. O letramento em saúde bucal foi verificado pelo questionário BREALD-30, a qualidade de vida pelo WHOQOL-HIV bref e a acessibilidade ao atendimento odontológico por entrevista. Em todos os domínios observou-se avaliação intermediária e superior de qualidade de vida. Quando associada com as características sociodemográficas, pacientes com até 39 anos apresentaram melhor qualidade de vida, assim como pacientes com ensino médio e superior. Pacientes que se consideraram saudáveis e faziam uso da terapia antirretroviral também obtiveram melhor escore. Quando avaliado o letramento em saúde bucal, a maioria 34 (42,50%) dos participantes atingiu nível moderado em relação à pontuação do BREALD-30, 26 (32,50%) nível baixo e 20 (25,00%) nível alto de letramento em saúde bucal. Observou-se que quanto maior a escolaridade, maior é o nível de letramento em saúde bucal ( $p=0,0002$ ). Em relação ao letramento em saúde bucal e qualidade de vida, não foram observadas diferenças significativas entre os domínios do WHOQOL-HIV bref e os três níveis de classificação do BREALD-30. O acesso à assistência odontológica tem alcançado melhorias, no entanto, ainda não é totalmente eficaz no atendimento à PVHIV. O estigma e a discriminação ainda estão presentes nos serviços de saúde. É necessário maior conhecimento dos profissionais e PVHIV em relação à doença e a adequação da comunicação operador-paciente para que as informações fornecidas sejam compreendidas e aplicadas para melhorar a saúde, aumentar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Saúde bucal. Vírus da Imunodeficiência Humana.

## **Oral health literacy, quality of life, and access to dental care for people living with HIV/AIDS**

### **ABSTRACT**

Oral health is considered a necessity and is part of systemic health throughout life. When deficient it can impact quality of life, especially in patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). The objective of this study was to evaluate oral health literacy, quality of life and access to dental care of people living with the Human Immunodeficiency Virus (PLHIV)/AIDS. This is a cross-sectional study, of mixed approach, with primary data collection, and with non-probabilistic and convenience sample. Adult (age  $\geq 18$  to 59 years) and elderly (age  $\geq 60$  years) individuals of both genders who attended the Specialized Care Service and STI/AIDS Testing and Counseling Center of the 15th Regional Office of Maringá-PR in the period from October 2020 to January 2021 were invited to participate. The oral health literacy was verified by the BREALD-30 questionnaire, the quality of life by WHOQOL-HIV brief and the accessibility to dental care by interview. In all domains we observed intermediate and superior evaluations of quality of life. When associated with sociodemographic characteristics, patients aged up to 39 years showed better quality of life, as well as patients with high school and college education. Patients who considered themselves healthy and were taking antiretroviral therapy also had better scores. When oral health literacy was evaluated, the majority 34 (42.50%) of the participants reached a moderate level in relation to the BREALD-30 score, 26 (32.50%) a low level, and 20 (25.00%) a high level of oral health literacy. It was observed that the higher the education, the higher the level of oral health literacy ( $p=0.0002$ ). Regarding oral health literacy and quality of life, no significant differences were observed between the domains of the WHOQOL-HIV brief and the three levels of classification of the BREALD-30. Access to dental care has achieved improvements, however, it is still not fully effective in the care of PLHIV. The stigma and discrimination are still present in health services. It is necessary greater knowledge of professionals and PLHIV in relation to the disease and the adequacy of operator-patient communication so that the information provided is understood and applied to improve health, increase adherence to treatment and improve the quality of life of individuals.

**Keywords:** Health Promotion. Oral Health. Human Immunodeficiency Virus.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CECAPS	Comissão Permanente de Avaliação de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PVHIV	Pessoas Vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana
QV	Qualidade de Vida
REALD-30	Rapide Estimate of Adult Literacy in Dentistry
SAE	Serviço de Assistência Especializado
TARV	Terapia Antirretroviral
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 Objetivo geral.....	13
1.2 Objetivos específicos.....	13
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Promoção da saúde.....	14
2.2 Letramento em saúde bucal.....	15
2.3 Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS.....	16
2.4 Acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com HIV/AIDS.....	18
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
3.1 Aspectos Éticos.....	19
3.2 Delineamento do estudo.....	19
3.3 Local de estudo.....	19
3.4 População de estudo.....	19
3.5 Amostra.....	20
3.6 Critérios de inclusão.....	20
3.7 Critérios de exclusão.....	20
3.8 Procedimentos.....	20
3.8.1 Recrutamento dos participantes.....	20
3.8.2 Perfil sócio demográfico.....	20
3.8.3 Letramento em saúde bucal.....	21
3.8.4 Qualidade de vida.....	22
3.8.5 Acesso à assistência odontológica.....	22
3.8.6 Orientação em saúde bucal.....	23
<b>4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>

<b>6 ARTIGO 1</b> .....	24
<b>6.1 Normas do Artigo 1</b> .....	41
<b>7 ARTIGO 2</b> .....	48
<b>7.1 Normas do Artigo 2</b> .....	60
<b>8 ARTIGO 3</b> .....	66
<b>8.1 Normas do artigo 3</b> .....	79
<b>9 CONCLUSÃO GERAL</b> .....	84
<b>10 REFERÊNCIAS</b> .....	85
<b>ANEXOS</b> .....	91
Anexo I - Instrumento BREALD-30.....	91
Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	92
Anexo III - Instrumento WHOQOL-HIV BREF.....	94
Anexo IV - Autorização CECAPS.....	100
Anexo V - Parecer consubstanciado do CEP.....	101
<b>APÊNDICES</b> .....	104
Apêndice I - Questionário para registro de dados.....	104
Apêndice II - Acesso à assistência odontológica.....	106

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é uma doença causada pela Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O vírus ataca o sistema imunológico, que é o responsável por defender o organismo de doenças (UNAIDS, 2021). Pacientes soropositivos, tendo desenvolvido ou não a doença aids<sup>1</sup>, podem transmitir o vírus para outras pessoas, seja por relações sexuais sem proteção, compartilhamento de seringas, de mãe para filho durante a gravidez, durante a amamentação e de outras formas, quando medidas preventivas não são implementadas (BRASIL, 2020).

Apesar do primeiro caso ter sido diagnosticado há décadas, o HIV continua sendo um problema de saúde pública mundial (SILVA-BOGHOSSIAN et al., 2020). Em 2016, ano em que morreram 1,1 milhão de pessoas em decorrência da doença, a infecção pelo HIV / AIDS deixou de estar entre as 10 principais causas de morte no mundo. Entretanto, quando apresentadas as 10 principais causas de morte nos países de baixa renda, o HIV / AIDS está entre as 4 primeiras causas de morte (OMS, 2018). Até o fim de 2019, em todo o mundo, cerca de 38 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV, e 1,7 milhão de novas infecções por HIV e 690.000 pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2019).

Novas infecções por HIV, desde o pico em 1998, reduziram em cerca de 40% (UNAIDS, 2019). No entanto, no Brasil, de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sinan 342.459 casos de infecção pelo HIV. Desses, 68.385 (20,0%) casos eram da região Sul e 152.029 (44,4%) da região Sudeste (BRASIL, 2020). A notificação compulsória da infecção pelo HIV foi implantada recentemente no país, apenas em 2014, dificultando uma análise mais precisa em relação à infecção (BRASIL, 2020).

Embora ainda seja alto o número de casos, alguns avanços têm sido promissores, como o uso da terapia antirretroviral (TARV), que tem proporcionado melhor qualidade de vida e maior expectativa de vida a essas pessoas (FENG et al., 2020). Entretanto, apesar dos avanços

---

<sup>1</sup> Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

e do HIV/AIDS existir há décadas, ainda nos tempos atuais, pessoas vivendo com HIV/AIDS enfrentam dificuldades por causa do medo de sofrer com o estigma e a discriminação. Esse fato dificulta a revelação da situação sorológica ou de saúde na qual se encontram, provocando impactos negativos na vida do indivíduo (BRONDANI et al., 2016; BRASIL, 2018). O preconceito e o estigma estão indiretamente relacionados aos cuidados de saúde recebidos, uma vez que os fatores históricos pertinentes à doença acarretam a culpabilização do indivíduo (MACIEL et al., 2019).

Nos consultórios odontológicos, segundo Brondani et al. (2016), alguns profissionais apresentam mudança no comportamento após o paciente relatar ser soropositivo. Atitudes como o uso de luvas duplas, proteção extra, evitar o contato visual e aperto de mão são observadas entre os profissionais. Fato que pode estar relacionado à rotulagem do paciente como “infeccioso”. O conhecimento, educação e compreensão por profissionais sobre o HIV, pode proporcionar um atendimento sem discriminação.

A educação em saúde e a aquisição de conhecimento por parte dos profissionais não deve restringir-se somente a eles, sendo também essencial para os pacientes. Segundo Cepova et al. (2018), educação em saúde é considerado um conceito promissor como ferramenta para a promoção da saúde, possibilitando melhoria em pacientes com doenças crônicas e doenças relacionadas ao estilo de vida. Dessa forma, por meio de medidas educativas é possível quebrar paradigmas que circundam a população, com ações de prevenção e promoção em saúde (UNESCO, 2016).

A educação em saúde é um processo que visa formar ou mudar comportamentos das pessoas por meio do conhecimento para manter ou melhorar a saúde. As doenças bucais são o resultado de comportamentos insalubres que podem ser evitados se um estilo de vida saudável é adotado (ANGELOPOULOU, 2019), como reduzir a frequência e a quantidade de consumo de açúcar, realizar higienização dos dentes regularmente com dentifrício fluoretado, não fumar, beber de forma sensata e visitar o dentista regularmente (MOLETE; DALY; HLUNGWANI, 2013).

A educação em saúde engloba a saúde bucal. A saúde bucal é um componente essencial e importante da saúde sistêmica, contribuindo para proporcionar bem-estar à população

(GAMBHIR et al., 2019). Segundo Motta et al. (2011) a saúde bucal é considerada uma necessidade e parte da saúde sistêmica, visto que a saúde bucal deficiente pode ter impacto na qualidade de vida. A cavidade bucal está mais propensa a desenvolver doenças do que outros órgãos e tecidos do corpo (ANGELOPOULOU, 2019). Além disso, a saúde bucal para os indivíduos com HIV positivo tem papel vital na ingestão nutricional e na tolerância à medicação, influenciando a eficácia e a taxa de sucesso do tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida (OBEROI et al., 2014).

As pessoas vivendo com HIV (PVHIV), têm maior risco de complicações orais, apesar da TARV ter auxiliado na diminuição de lesões bucais. Barreiras como a pobreza, preconceito e a limitada instrução em saúde bucal ainda são extremamente prejudiciais à saúde (FENG et al., 2020). A má saúde bucal pode influenciar negativamente a fala, nutrição, crescimento, função e desenvolvimento social (LEE et al., 2018), além de ser responsável por doenças bucais que podem manifestar-se de diversas formas, incluindo cáries dentárias, doença periodontal e lesões da mucosa oral, incluindo o câncer oral (MOHEBBI et al., 2018).

As condições de saúde bucal crônicas mais comuns são cárie e a doença periodontal. Essas condições podem causar dor, desconforto e perda de dentes, bem como complicações sistêmicas (KOSSIONI et al., 2018). Algumas condições sistêmicas apresentam forte relação com as condições bucais. A leucoplasia oral pilosa e a candidose pseudomembranosa são os mais antigos e mais importantes indicadores de progressão para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e podem se desenvolver em até 50% dos pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e em até 80% dos pacientes doentes de AIDS (PAKFETRAT et al., 2015).

A região sul do Brasil é a segunda em números de casos de HIV/AIDS no país (BRASIL, 2020). Embora a literatura seja ampla quanto aos aspectos biomédicos da doença, mais estudos são necessários para identificar o contexto da região sul do país em relação aos fatores modificáveis que podem melhorar a qualidade de vida de PVHIV.

Acredita-se que promover o empoderamento das PVHIV pode ser uma estratégia promissora para aumentar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acesso à assistência odontológica, assim como reduzir o número de doenças bucais que são frequentes nestes

indivíduos.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo geral**

O objetivo do presente estudo foi avaliar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar o perfil sócio demográfico dos participantes.
- ✓ Verificar o letramento em saúde bucal, segundo sexo e grupo etário.
- ✓ Avaliar a qualidade de vida, segundo sexo e grupo etário.
- ✓ Verificar a associação entre letramento em saúde e qualidade de vida, segundo sexo e grupo etário.
- ✓ Verificar a acessibilidade ao tratamento odontológico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Promoção da saúde

De acordo com a carta de Ottawa, promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Portanto, as principais atividades de promoção da saúde devem ter como objetivo reduzir as desigualdades em saúde, abordando a cadeia causal incluindo estruturas sociais, fatores ambientais e estilos de vida (OMS, 2002). As ações de promoção da saúde objetivam alcançar a equidade e reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a alcançar de forma integral seu potencial de saúde (OMS, 1986) e promover saúde bucal também tem o potencial de reduzir as desigualdades na saúde, abordando os determinantes fundamentais de doenças bucais (TOMAZONI et al., 2019).

Entre os diversos grupos populacionais que se encontram em situações de vulnerabilidade, destacam-se as pessoas portadoras de HIV, pois devem alcançar e manter a saúde bucal funcional, a fim de receber uma nutrição adequada, prevenir infecções orais e melhorar sua qualidade de vida (ROHN et al., 2006). Apesar de necessitarem de maior atenção em relação à saúde bucal, pessoas vulneráveis enfrentam maiores barreiras ao acesso a cuidados de saúde devido à falta de cobertura ou incapacidade de pagar por atendimento odontológico, bem como uma falta de conhecimento sobre a importância dos cuidados de saúde bucal (FOX et al., 2017).

Não obstante à maior expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS atualmente, alguns problemas de saúde bucal são mais prevalentes em relação à população em geral, devido ao seu estado imunológico (JEANTY et al., 2012). Portanto, as manifestações bucais presentes em portadores de HIV/AIDS indicam a necessidade de acesso a cuidados de saúde bucal contínuos (FOX et al., 2017).

Entre as doenças bucais mais prevalentes em PVHIV/AIDS estão a periodontite, cárie, hipossalivação e manifestações bucais relacionadas à *Candida*, entre elas a candidíase eritematosa, candidíase pseudomembranosa, e manifestações de outras doenças oportunistas, como a Leucoplasia oral pilosa, Sarcoma de Kaposi e Linfoma de Hodgkin (TOBIAS et al.,

2017; FELIX et al., 1993). Uma vez que a saúde bucal é comprometida, PVHIV podem ter dificuldade em manter o fluxo salivar, o que pode afetar a mastigação, deglutição, degustação e comprometer, a capacidade de ingestão dos medicamentos utilizados para combater o HIV e manter uma melhor qualidade de vida (JEANTY et al., 2012).

Associada ao recebimento de atendimento odontológico a boa saúde bucal irá reduzir o risco de doenças bucais e prevenir a progressão de doenças existentes (TOBIAS et al., 2017). Por conseguinte, é importante que PVHIV sintam-se competentes sobre a capacidade de gerenciar sua própria saúde uma vez que vivem com uma doença crônica que requer autocuidado e autogestão (SCHNALL et al., 2015).

## **2.2 Letramento em saúde bucal**

Na década de 1990, o conceito de letramento em saúde ganhou impulso nos Estados Unidos (MOGOBE, 2016). Sendo definido, segundo Cepova (2018) como “as habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para ter acesso, compreender e usar a informação para promover e manter a boa saúde”. Já Mogobe et al. (2016), definem letramento como “a capacidade do indivíduo de acessar, processar e compreender informações relacionadas à saúde com o objetivo de tomar decisões apropriadas”. Portanto, indivíduos com baixo grau de literacia em saúde (ou letramento em saúde) podem apresentar comportamentos pouco saudáveis e um baixo nível de conhecimento em saúde, bem como utilizar menos os serviços de saúde preventivos, levando a um maior número de hospitalizações e custos de saúde mais altos (JUNKES et al., 2015).

O processo de formação de saúde requer o domínio básico de um vocabulário interdisciplinar pelos pacientes, uma vez que o não entendimento de termos específicos poderia dificultar a prevenção de doenças bucais, também influenciando negativamente a saúde sistêmica, e vice-versa (CRUVINEL et al., 2017). É essencial capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas (OMS, 1986). A educação em saúde envolve os processos educativos que buscam mudar os comportamentos e atitudes dos indivíduos frente às doenças e às causas que os geram, as quais, em grande parte, estão relacionadas às funções do corpo (EMILIO; BUSTAMANTE, 2019).

Portanto, a criação de ambientes favoráveis à saúde, com condições e oportunidades adequadas para os indivíduos e as comunidades é um desafio para promover e manter a boa



saúde bucal (TOMAZONI et al., 2019). Através da educação em saúde, deve-se incentivar a promoção de comportamentos positivos e favoráveis à saúde e promover mudanças no contexto social e ecológico em que as pessoas vivem, transferindo informações dos profissionais para os pacientes (EMILIO; BUSTAMANTE, 2019). A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (OMS, 1986).

No Brasil, os termos alfabetização e letramento se mesclam, não havendo instrumentos específicos capazes de avaliar a saúde bucal da população. No entanto, entre os instrumentos empregados, o BREALD-30, instrumento validado e traduzido, está entre os mais utilizados. Esse instrumento, entretanto, permite avaliar apenas a habilidade de leitura ou reconhecimento de palavras e identificar pacientes com baixos graus de instrução em saúde bucal, permite também ajustes dos profissionais de saúde bucal em estratégias de comunicação para cada paciente (JUNKES et al., 2015). Ou seja, avalia apenas a alfabetização em saúde. Dessa forma, há necessidade de novos instrumentos serem desenvolvidos, capazes de avaliar o conhecimento da população e auxiliar em intervenções de promoção de saúde (QUEMELO et al., 2017).

Além do BREALD-30, outros instrumentos vêm sendo aplicados para avaliar o letramento em saúde. Instrumentos como: 1. Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicina (REALM), utilizado para avaliar a capacidade de um adulto ler palavras médicas comuns e estabelecer termos para partes do corpo e doenças (ATCHISON et al., 2010); 2. Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicina e Odontologia (REALMD-20), consiste em 20 palavras sendo um instrumento de reconhecimento de palavras; 3. Teste curto de alfabetização Funcional em Saúde em Adultos (TOFHLA curto), avalia a compreensão de leitura; 4. Medida Abrangente de Conhecimento em Saúde Bucal (CMOHK), instrumento que consiste em 23 itens que descrevem o conhecimento conceitual de saúde bucal sobre anatomia oral, cárie, doença periodontal e câncer bucal (HOLTZMAN et al., 2017).

### **2.3 Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS**

Além da educação em saúde favorecer a QV, demais fatores contribuem para a QV das PVHIV como conhecer o quanto antes a sorologia positiva para o HIV, buscar tratamento no tempo certo e seguir as recomendações da equipe de saúde são medidas eficazes na melhora da

QV (BRASIL, 2020).

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma doença crônica com expectativa de vida dos portadores comparada à população em geral, quando o indivíduo descobre a infecção antes da instalação da doença. Porém, devido à alta prevalência da infecção na sociedade e por não haver a cura, ainda é considerado um problema de saúde pública relevante em todo o mundo, independentemente dos avanços da terapia antirretroviral (ELIZONDO; TREVIÑO; VIOLANT, 2015; GROENEWEGEN et al., 2019). Segundo dados da OPAS (2017) o HIV, continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública global, com estimativas de que aproximadamente 35 milhões de pessoas morreram em todo o mundo de doenças relacionadas à AIDS desde o início da epidemia.

O HIV caracteriza-se por atacar o sistema imunológico e enfraquecer os sistemas de defesa contra infecções e contra certos tipos de câncer, levando a pessoa infectada gradualmente a um estado de imunodeficiência (OMS, 2018), que favorece o aparecimento de outras doenças. Além do comprometimento bucal, pessoas que vivem com HIV enfrentam diversos desafios psicológicos e comportamentais, incluindo a adesão aos regimes de medicação, o acesso a serviços de saúde, mudanças na qualidade de vida, o estigma, a incerteza sobre o declínio físico, psicológico e da morte (SCHNALL et al., 2015).

Ademais, os indivíduos portadores de HIV/AIDS enfrentam barreiras sociais, culturais e econômicas. Atualmente existem 48 países e territórios que impõem alguma forma de restrição com base no estado sorológico do indivíduo ou exigem teste de HIV, o que impede as pessoas vivendo com HIV de entrar, transitar, estudar, trabalhar ou residir legalmente em um país, exclusivamente com base em seu estado sorológico positivo para o HIV (UNAIDS, 2019).

A terapia antirretroviral possibilitou o aumento da expectativa de vida, porém, PVHIV muitas vezes sofrem com efeitos indesejáveis do tratamento, além de serem vítimas de estigma e discriminação. As dificuldades que essa população enfrenta não podem ser negligenciadas, pois afetam negativamente sua percepção da qualidade de vida (CATUNDA; SEIDL, 2017). Envolve, portanto, o comprometimento da qualidade de vida definida pela OMS (1998) como “percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

As pessoas vivendo com HIV/AIDS muitas vezes têm que lidar com problemas transdisciplinares que afetam a qualidade de vida e bem-estar (OLIVEIRA et al., 2017). Neste

sentido, existem instrumentos capazes de fornecer uma nova perspectiva sobre a doença, através das próprias opiniões dos indivíduos sobre seu bem-estar (OMS, 2019).

#### **2.4 Acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com HIV/AIDS**

Embora os avanços com a TARV tenham aumentado a expectativa de vida de PVHIV, existem algumas barreiras na área da saúde, como o acesso ao atendimento odontológico (ROHN et al., 2006; FEN et al., 2020). Além do mais, existem profissionais da saúde que não se consideram com responsabilidade ética para o atendimento de pacientes portadores de HIV e consideram um risco a realização do tratamento nos mesmos (LEVETT et al., 2009).

No entanto, pacientes portadores de HIV/AIDS não podem ser recusados em atendimento odontológico de emergência, e não há razões para que pacientes com HIV possam ter seu tratamento negado, independentemente de qualquer motivo dado pelo dentista (ROHN et al., 2006). Por conta disso, os pacientes enfrentam diversas barreiras na busca por serviços de saúde como a preocupação com a confidencialidade que é um grande obstáculo na busca pelo tratamento odontológico, assim como medo do cirurgião-dentista, o estigma presente na sociedade e limitada literacia em saúde bucal (TOBIAS et al., 2017; ROHN et al., 2006).

Levett et al. (2009) relataram em seus estudos o medo dos pacientes com a discriminação por parte dos profissionais de saúde, sendo o ato de não revelar o estado sorológico uma opção para evitar o tratamento distinto, além do risco da confidencialidade ser violada, perante a falta ética dos profissionais. No entanto, não revelar o status de portador do HIV para o dentista pode ter consequências, como se encontrar privado de cuidados adaptados ao estado de saúde, seja por causa da falta de rastreamento sistemático para lesões orais associadas à infecção pelo HIV, erro de diagnóstico, escolha inadequada de tratamento ou risco de infecção secundária relacionada com certos tratamentos (ANNE; BRIGITTE; FRANÇOIS, 1998).

A saúde bucal está relacionada ao acesso a serviços odontológicos, prevenção e diagnóstico de infecções não diagnosticadas previamente. A saúde bucal possibilita uma boa saúde, especialmente em populações vulneráveis (LEVETT et al., 2009). De acordo com KOYIO et al. (2016), as condições socioeconômicas estão fortemente associadas à saúde, visto que populações pobres e desfavorecidas têm maiores riscos de desenvolver doenças e consequentemente ter pior saúde.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Aspectos Éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (UniCesumar), no dia 18 de março de 2020, CAAE nº 29787320.3.0000.5539, sob parecer 3.922.245 e pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde (CECAPS).

### **3.2 Delineamento do estudo**

O estudo foi transversal, de abordagem mista, com coleta de dados primários, amostra não probabilística e por conveniência.

### **3.3 Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST/AIDS/Hepatites Virais da 15ª. Regional de Saúde, que se localiza atualmente na Policlínica Primo Marcelo Monteschio, em Maringá-PR.

Segundo o censo do ano de 2010, Maringá possui uma população de 357.077 habitantes e estimada de 423.666 pessoas em 2019 (BRASIL, 2017). O SAE de Maringá atende pessoas portadoras do HIV e doentes de AIDS de todos os 30 municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde, cuja população totaliza aproximadamente 800.000 habitantes.

O ambulatório de HIV/AIDS é responsável pelo atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS e tem o objetivo de prestar assistência integral e de qualidade, por meio de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, entre outros. Essa equipe foi responsável pelo atendimento de 1.809 pacientes no ano de 2013 e 3.079 no ano de 2017, correspondendo 2.071 pacientes do sexo masculino e 1.008 pacientes do sexo feminino.

### **3.4 População de estudo**

O estudo foi composto por pacientes adultos (idade  $\geq 18$  a 59 anos) e idosos (idade  $\geq 60$  anos), de ambos os sexos, portadores do HIV/AIDS que frequentam o Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/AIDS/Hepatite virais. A

pesquisa foi composta por pacientes atendidos no SAE que passaram por consultas médicas no período de estudo. A coleta de dados foi realizada em dias e períodos alternados, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021.

### **3.5 Amostra**

O estudo foi realizado por meio de amostragem não probabilística por conveniência, levando em conta a população em atendimento no SAE, de outubro de 2020 a janeiro de 2021. A amostra não probabilística foi constituída por 96 indivíduos, portadores de HIV/AIDS, de um universo de 2380 prontuários de pacientes.

### **3.6 Critérios de inclusão:**

- ✓ Pacientes portadores de HIV/AIDS.
- ✓ Pacientes cadastrados no SAE.
- ✓ Pacientes com idade  $\geq 18$  anos.

### **3.7 Critérios de exclusão:**

- ✓ Indivíduos que apresentassem qualquer tipo de condição cognitiva que impedisse a compreensão dos procedimentos de pesquisa (deficiência visual ou auditiva).

### **3.8 Procedimentos**

#### **3.8.1 Recrutamento dos participantes**

Todos os participantes cadastrados no SAE como portadores de HIV/AIDS e passaram por consulta médica no período foram convidados a participar do estudo. A pesquisadora realizou o convite a todos os participantes que estavam presentes no SAE no período de coleta de dados e, caso houvesse interesse do paciente o mesmo era direcionado, a uma sala onde a pesquisadora se apresentou e explicou os objetivos do projeto, a metodologia e colheu a assinatura no TCLE dos pacientes que aceitaram participar. A abordagem foi feita de forma individual.

#### **3.8.2 Perfil sócio demográfico**

O perfil sociodemográfico dos participantes foi verificado com o auxílio do questionário

(Apêndice I). Foram coletadas as variáveis: sexo, idade, estado civil atual (solteiro, casado, união consensual, separado/divorciado/desquitado e viúvo), nível de escolaridade (não alfabetizado/analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), ocupação atual (aposentado, pensionista, nunca trabalhou, dona de casa), situação ocupacional (emprego formal, emprego informal, desempregado e aposentado), religião ou crença (católico, evangélico, espírita, budista, ateu, outras).

Por meio de questionários também foram coletadas informações sobre a saúde sistêmica e a saúde bucal do participante.

### **3.8.3 Letramento em saúde bucal**

Para avaliação do letramento em saúde bucal foi utilizado a versão brasileira do *Rapide Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (REALD-30). O BREALD-30 (Anexo I) que foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa do Brasil por Junkes et al. (2015).

O BREALD-30 é um instrumento específico para avaliar o nível de conhecimentos dos adultos em relação à saúde bucal, por meio do reconhecimento de palavras relacionadas com a etiologia, a anatomia, prevenção e tratamento de condições adversas bucais. Sendo composto por 30 palavras que devem ser lidas em voz alta pelo entrevistado para o entrevistador. As palavras são organizadas em ordem crescente de dificuldade com base na extensão média da palavra, número de sílabas e a dificuldade de combinação de sons (JUNKES et al., 2015).

A entrevista com os pacientes foi realizada em uma sala nas dependências do Serviço de Assistência Especializada (SAE). A lista de palavras do BREALD - 30 foi lida em voz alta pelo (a) entrevistado (a). Para cada palavra pronunciada corretamente, 1 (um) ponto foi atribuído e 0 (zero) quando a pronúncia foi incorreta. A pontuação total foi obtida pela soma das pontuações de cada palavra, podendo variar de 0 (menor grau de instrução) a 30, que corresponde ao nível mais alto de letramento em saúde bucal. As participações foram áudio-gravadas, a fim de possibilitar a conferência das pronúncias e confirmar a pontuação.

Foi seguida a seguinte classificação: baixa instrução ( $\leq 21$  pontos), instrução moderada (22-25 pontos), e alta instrução (26-30 pontos) (VILELA et al., 2016). A avaliação foi realizada pela pesquisadora, utilizando os seguintes critérios para reconhecer erros de pronúncia: substituição por palavra similar (por exemplo: escovar por escova); palavras irregulares lida como palavras regulares (por exemplo: enxaguatório por ensaguatório); substituição, omissão, ou adição de letras (por exemplo: gengiva por gengiba); não utilizar regras de correspondência

(por exemplo: erosão por erossão); falha em reconhecer a sílaba tônica (por exemplo: genética por genetica). Além de situações em que os participantes leram as palavras devagar e sem ritmo. Também foram considerados erros de pronúncia quando foi necessário repetir a palavra ou quaisquer sílabas. O processo de avaliação foi realizado em dois momentos pela pesquisadora, no primeiro momento durante a coleta de dados a mesma solicitou que os participantes realizassem a leitura em voz alta e foi atribuída uma nota e após, em um segundo momento, a pesquisadora realizou uma segunda avaliação através dos áudio-gravados para possibilitar melhor conferência das pronúncias e confirmar a pontuação (VILELA et al., 2016).

### **3.8.4 Qualidade de vida**

A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada por meio do instrumento *World Health Organization Quality of Life – HIV bref* (WHOQOL-HIV bref) (Anexo III), que é uma versão abreviada, traduzida e validada na língua portuguesa. Trata-se de um instrumento de qualidade de vida para indivíduos com HIV/AIDS elaborado pela OMS, no qual a versão abreviada é composta por 31 questões distribuídas em seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade. A versão do WHOQOL-HIV bref possui cinco questões específicas que representam as facetas relacionadas ao HIV/AIDS. A pontuação foi realizada através da escala de Likert, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Porém, as questões dos itens 3, 4, 5, 8, 9, 10, e 31 estão codificadas de forma invertida, ou seja, a pontuação mais alta significa pior qualidade de vida naquele item, sendo necessário recodificar na análise. Os instrumentos WHOQOL, concentram-se nas opiniões dos indivíduos sobre seu bem-estar, e fornece uma nova perspectiva sobre a doença.

### **3.8.5 Acesso à assistência odontológica**

Para verificar como as PVHIV/AIDS percebem os entraves para o acesso ao atendimento odontológico e a importância da saúde bucal, as mesmas foram questionadas por meio de entrevista semiestruturada áudio-gravada com as seguintes questões (Apêndice II): a) você costuma relatar para o dentista o diagnóstico de HIV/AIDS? b) você sofreu algum tipo de discriminação após relatar ser portador de HIV/AIDS? c) quais as principais dificuldades encontradas para acesso ao atendimento odontológico?

As entrevistas foram encerradas mediante constatação da saturação de informações, ou seja, quando o pesquisador percebeu o alcance do objetivo proposto ou quando houver repetição do conteúdo. As gravações das entrevistas foram transcritas na íntegra e em respeito ao sigilo e anonimato dos declarantes, os participantes foram codificados com a letra “E”, à menção de “Entrevistado”, seguido de um número arábico referente à sequência das entrevistas.

### **3.8.6 Orientação em Saúde Bucal**

Foi realizada orientação de higiene bucal a todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa. A pesquisadora, também falou sobre as principais doenças presentes na cavidade bucal e orientou os mesmos em relação ao atendimento odontológico disponível no SAE. Os participantes que necessitavam de atendimento odontológico foram orientados a procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência ou SAE.

## **4 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, version 9.4), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel. Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas. Para medir a diferença, entre os escores médios atribuídos aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) e do letramento bucal (BREALD), em relação às demais variáveis, utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para variáveis que apresentam duas categorias (grupos) e o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn, para a comparação de variáveis que apresentam três ou mais categorias (grupos).

A análise qualitativa seguiu as etapas propostas por Bardin (2014): pré-análise, exploração do material (codificação), e tratamento de resultados (inferência e interpretação).

As categorias para a análise dos dados emergiram dos depoimentos e foram organizadas em unidades temáticas.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados e as discussões do presente estudo estão apresentados em 3 artigos . Os artigos estão formatados de acordo com as normas das revistas escolhidas para publicação.



## 6 ARTIGO 1

### INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PVHIV

#### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi investigar a influência das características sociodemográficas e condições de saúde sobre a qualidade de vida (QV) de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS). O estudo foi transversal, de abordagem quantitativa com amostra não probabilística e de conveniência, realizado em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) do estado do Paraná. Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o instrumento WHOQOL-HIV bref. Os dados sociodemográficos e as condições de saúde foram coletados por formulário. Participaram do estudo 96 pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo 63 (65,63%) do sexo masculino. Observou-se que a QV dos pacientes com até 39 anos, com ensino médio ou superior apresentaram melhores indicadores de QV. Já participantes que se auto consideram doentes, apresentaram percepção de QV diminuída. Conclui-se que a QV das PVHIV/AIDS, do presente estudo, foi influenciada pela idade, pela escolaridade, pela autopercepção da saúde e pelo uso da terapia antirretroviral.

**Descritores:** Antirretrovirais; Saúde pública; Expectativa de vida.

#### INTRODUÇÃO

Segundo a UNAIDS<sup>1</sup>, estima-se que 690.000 vidas foram perdidas em 2019 por doenças relacionadas à AIDS e 1,7 milhão de pessoas adquiriram HIV, ultrapassando 3 vezes a meta de 2020. No Brasil, em 2019, os dados notificados no Sinan, corresponderam a 41.909 novos casos de HIV diagnosticados e 37.308 casos de aids<sup>2</sup>.

Atualmente a infecção pelo HIV/AIDS apresenta perfil crônico e é considerada como problema de saúde pública<sup>3</sup>. O descobrimento do diagnóstico positivo para HIV/AIDS impacta a qualidade de vida e a saúde mental do indivíduo<sup>4</sup>. Segundo a OMS<sup>5</sup>, QV é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, seja no contexto cultural ou nos valores pessoais, objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Um dos fatores essenciais para melhorar a qualidade e a expectativa de vida de PVHIV/AIDS é o diagnóstico precoce, a busca por tratamento no tempo correto e uso regular dos medicamentos antirretrovirais, fornecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro<sup>6,7</sup>. O uso da terapia antirretroviral (TARV) também reduz o número de internações e infecções por doenças oportunistas<sup>7</sup>.

A constituição brasileira tem papel fundamental no exercício de amparar as pessoas

que convivem com HIV/AIDS, garantindo acesso à saúde pública e acesso à dignidade humana<sup>8</sup>. Alguns aspectos influenciam de forma negativa a qualidade de vida de PVHIV/AIDS, como o estigma, preconceito, discriminação, desvalorização e julgamento do comportamento<sup>9</sup>.

A qualidade de vida tem um conceito amplo, que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência e as relações pessoais<sup>5</sup>.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi investigar a influência das características sociodemográficas e condições de saúde sobre a qualidade de vida (QV) de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS).

## **MÉTODO**

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com amostragem do tipo não probabilística e de conveniência. Foram avaliadas pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado na Policlínica Primo Marcelo Monteschio, no município de Maringá, Paraná, Brasil. A coleta foi realizada entre os períodos de Outubro de 2020 a Janeiro de 2021. Todos indivíduos portadores de HIV/AIDS presentes no SAE, nos dias e períodos da coleta, foram convidados a participar da pesquisa. A coleta foi realizada em dias e períodos alternados

Os critérios de inclusão foram: pacientes portadores de HIV/AIDS, de ambos os sexos, com idade  $\geq 18$  anos cadastrados no SAE. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam qualquer tipo de condição cognitiva que impedisse a compreensão ou aplicação dos procedimentos de pesquisa, como deficiência visual ou auditiva e que se recusasse a participar de qualquer etapa da pesquisa.

Para avaliação da QV, foi utilizado o instrumento o *World Health Organization Quality of Life – HIV* bref (WHOQOL-HIV bref), versão abreviada, traduzida e validada na língua portuguesa (Fleck, 2007). O WHOQOL-HIV bref apresenta 31 questões distribuídas em seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade. A versão do WHOQOL-HIV bref possui cinco questões específicas que representam as facetas relacionadas ao HIV/AIDS.

Para responder às questões, os indivíduos foram orientados a pensar sobre a sua QV nas duas últimas semanas. As respostas do instrumento têm formato de escala do tipo

Likert, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Porém, as questões dos itens 3, 4, 5, 8, 9, 10, e 31 estão codificadas de forma invertida, ou seja, a pontuação mais alta significa pior qualidade de vida naquele item, sendo recodificado na análise. A QV foi considerada como inferior quando apresentou pontuação entre quatro e dez pontos; como intermediária entre 10 e 14,9 pontos e como superior entre 15 e 20 pontos. As características sociodemográficas e a condição de saúde foram coletadas por meio de formulário elaborado pela autora.

Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, version 9.4)<sup>11</sup>, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel. Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas. Para medir a diferença, entre os escores médios atribuídos aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) em relação às demais covariáveis, utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para variáveis que apresentam duas categorias (grupos) e o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn, para a comparação de variáveis que apresentam três ou mais categorias (grupos).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (UniCesumar), sendo aprovado pelo CAAE nº 29787320.3.0000.5539, parecer 3.922.245. Ao concordar em participar do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A amostra correspondeu a 96 participantes, sendo 63 (65,63%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 19 e 74 anos. A maioria 48 (54,55%) tinha idade igual ou maior a 40 anos. Em relação à escolaridade 43 (44,79%) possuíam ensino médio, 25 (26,04%) ensino fundamental, 22 (22,92%) ensino superior e 6 (6,25%) sem escolaridade. Em relação ao arranjo familiar, verificou-se que 68 (70,83%) relataram morar acompanhados e 43 (44,79%) possuíam emprego formal. A maioria declarou ser católica 54 (56,25%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de HIV, segundo variáveis sociodemográficas, Maringá – PR, 2020.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Femino	33	34,38
Masculino	63	65,63
<b>Grupo etário (anos)</b>		
≤ 29	29	30,21
30 a 39	19	19,79
40 ou +	48	54,55
<b>Estado civil</b>		
Casado	23	23,96
Solteiro	56	58,33
outros	17	17,71
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	6	6,25
Ensino Fundamental	25	26,04
Ensino Médio	43	44,79
Ensino Superior	22	22,92
<b>Arranjo familiar</b>		
Mora acompanhado	68	70,83
Mora sozinho	28	29,17
<b>Ocupação atual</b>		
Dona de casa	5	5,21
Pensionista	11	11,46
Aposentado	8	8,33
Desempregado	6	6,25
Outra	66	68,75
<b>Situação atual</b>		
Aposentado	18	18,75
Desempregado	23	23,96
Emprego formal	43	44,79
Emprego informal	12	12,50
<b>Religião</b>		
Católica	54	56,25
Evangélica	22	22,92
outras	20	20,83

Quanto à condição de saúde, 81 (84,38%) se consideraram saudáveis. Destes 50 (53,19%) relataram ter descoberto o diagnóstico de HIV/AIDS nos últimos 5 anos, 17 (18,09%) entre 5 a 10 anos e 27 (28,72%) à mais de 10 anos. A maioria 93 (96,88%) dos indivíduos apresentaram classificação clínica assintomática e 92 (95,83%) faziam uso do tratamento farmacológico. Em relação a forma como foram infectados, 74 (77,08%) das contaminações ocorreram através de sexo com homem. Dessas 41 (65,08%) ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de HIVs, segundo *Condição de saúde*, Maringá – PR, 2021.

	n	%
<b>Como está a sua saúde</b>		
Boa	60	62,50
Muito boa	19	19,79
Nem ruim, nem boa	13	13,54
Ruim	4	4,17
<b>Você se considera doente atualmente</b>		
Não	81	84,38
Sim	15	15,63
<b>Qual é seu estágio HIV</b>		
Assintomático	93	96,88
Sintomático	3	3,13
<b>Você faz uso da medicação antirretroviral</b>		
Não	4	4,17
Sim	92	95,83
<b>Há quanto tempo foi realizado o diagnóstico de HIV?</b>		
1 até 5	50	53,19
2 de 5 a 10	17	18,09
3 mais de 10	27	28,72
<b>Como você acha que foi infectado pelo HIV</b>		
Sexo com homem	74	77,08
Sexo com mulher	17	17,71
Outros	5	5,21

A média e desvio-padrão dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Média e desvio-padrão dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV, Maringá – PR, 2020.

Variável	Média	Desvio-padrão
Físico	16,34	2,71
Psicológico	15,41	2,80
Nível de independência	15,43	2,60
Relações sociais	15,57	2,53
Espiritualidade	15,61	3,84
Ambiente	14,73	2,47
Qualidade de vida geral	14,86	2,02

Em relação à condição sociodemográfica e os domínios do WHOQOL-HIV brief (tabela 4), não foram observadas diferenças significativas, entre a variável sexo e os domínios do WHOQOL-HIV brief. Em relação ao grupo etário, foi observada diferença significativa, entre os escores médios dos diferentes grupos etários, para o domínio *Ambiente* ( $p = 0,0061$ ). Os pacientes com até 39 anos apresentam melhor qualidade de

vida. Para o nível de escolaridade observaram-se diferenças significativas, entre os escores médios para os domínios *Ambiente* ( $p= 0,0143$ ) e *Nível de dependência* ( $p= 0,0442$ ). Os pacientes que completaram o Ensino médio ou Ensino Superior apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida. Não foram observadas diferenças significativas entre a variável *Arranjo familiar* e os domínios do Whoqol-HIV. O mesmo comportamento foi observado para as variáveis *Religião* e *Estado civil*. Para a variável *Ocupação atual*, assim como no caso da variável grupo etário, foram observadas diferenças significativas entre os escores do domínio *Ambiente* ( $p=0,0270$ ).

Tabela 4. Média, desvio-padrão e escore médio dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV variáveis sociodemográficas, Maringá – PR, 2021.

Variáveis Sociodemográficas		Domínios do WHOQOL HIV bref					
		Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade
<b>Sexo</b>							
F	Média (Dp)	16,42 (3,00)	15,64 (3,05)	15,00 (2,84)	15,94 (2,51)	14,29 (2,75)	15,82 (4,10)
	Escore Médio	50,20	52,40	45,27	52,35	43,80	50,89
M	Média (Dp)	16,30 (2,57)	15,29 (2,67)	15,65 (2,45)	15,38 (2,54)	14,96 (2,29)	15,51 (3,73)
	Escore Médio	47,61	46,45	50,19	46,48	50,96	47,25
	p-valor	0,3332	0,1596	0,2047	0,1626	0,1161	0,2709
<b>Grupo Etário</b>							
até 29	Média (Dp)	16,52 (2,67)	15,67 (2,23)	16,24 (1,99)	15,97 (2,38)	15,67 (1,89)	14,41 (3,86)
	Escore Médio	50,03	48,02	56,53	51,45	58,41	39,50
30 a 39	Média (Dp)	16,53 (2,32)	16,00 (2,36)	15,11 (2,81)	15,37 (2,89)	15,29 (2,63)	16,26 (3,11)
	Escore Médio	49,32	55,29	46,53	48,66	56,18	51,68
40 ou +	Média (Dp)	16,17 (2,91)	15,02 (3,22)	15,06 (2,76)	15,42 (2,49)	13,94 (2,49)	16,08 (4,00)
	Escore Médio	47,25	46,10	44,43	46,66	39,47	52,68
	p-valor	0,9031	0,4707	0,1656	0,7616	0,0061*	0,1097
<b>Escolaridade</b>							
Fundamental	Média (Dp)	15,84 (3,01)	15,23 (3,03)	14,68(2,66)	15,76 (2,67)	13,70 (2,47)	15,48 (4,06)
	Escore Médio	43,50	47,64	40,66 <sup>b</sup>	49,72	36,24 <sup>a</sup>	48,80
Médio	Média (Dp)	16,93(2,38)	15,48 (2,73)	16,09 (2,64)	15,63 (2,72)	14,94 (2,32)	15,74 (4,21)
	Escore Médio	54,07	48,50	56,29 <sup>a</sup>	49,03	51,59 <sup>b</sup>	50,19
Superior	Média (Dp)	15,86 (2,82)	15,71 (2,94)	15,36 (2,30)	15,27 (2,25)	15,84 (2,26)	14,95 (2,85)
	Escore Médio	43,84	52,95	47,14 <sup>a</sup>	46,52	60,02 <sup>b</sup>	41,00
Analfabeto	Média (Dp)	16,00 (3,10)	14,53 (1,99)	14,00 (2,00)	15,50 (1,87)	13,42 (2,60)	17,67 (3,33)
	Escore Médio	46,50	35,75	30,33 <sup>b</sup>	46,83	35,16 <sup>a</sup>	62,67
	p-valor	0,3595	0,6017	0,0442*	0,9777	0,0143*	0,3399
<b>Arranjo familiar</b>							
Mora sozinho	Média (Dp)	16,29 (2,26)	15,37 (2,99)	15,43 (2,35)	15,21 (1,91)	14,89 (2,55)	15,86 (3,67)
	Escore Médio	46,54	48,64	47,21	43,57	49,89	49,30
Mora acompanhado	Média (Dp)	16,37 (2,89)	15,42 (2,74)	15,43 (2,71)	15,72 (2,74)	14,66 (2,45)	15,51 (3,93)
	Escore Médio	49,31	48,44	49,03	50,53	47,92	48,17
	p-valor	0,3291	0,4887	0,3864	0,1319	0,3779	0,4291

<b>Religião</b>							
Católica	Média (Dp)	16,54 (2,50)	15,23 (2,71)	15,35 (2,64)	15,61 (2,56)	14,67 (2,36)	15,48 (3,75)
	Escore Médio	49,84	46,37	47,69	48,48	48,35	47,13
Evangélica	Média (Dp)	16,50 (3,00)	15,85 (2,78)	16,00 (2,07)	15,68 (2,57)	15,39 (2,41)	15,82 (4,00)
	Escore Médio	51,59	53,02	54,45	49,18	53,7	50,11
Outras	Média (Dp)	15,65 (2,94)	15,40 (3,11)	15,00 (2,99)	15,35 (2,52)	14,18 (2,77)	15,75 (4,10)
	Escore Médio	41,47	49,27	44,12	47,80	43,12	50,42
	p-valor	0,4291	0,6313	0,4559	0,9870	0,4642	0,8588
<b>Estado civil</b>							
Casado	Média (Dp)	16,78 (2,63)	15,76 (2,56)	15,30 (2,40)	15,87 (2,51)	15,07 (2,35)	16,04 (3,57)
	Escore Médio	52,76	50,80	46,28	52,22	51,35	51,46
Solteiro	Média (Dp)	16,30 (2,39)	15,34 (2,64)	15,75 (2,41)	15,48 (2,54)	14,96 (2,23)	15,18 (3,80)
	Escore Médio	46,97	47,22	51,44	47,32	50,68	44,87
Outros	Média (Dp)	15,88 (3,74)	15,15 (3,64)	14,53 (3,28)	15,47 (2,65)	13,53 (3,09)	16,47 (4,33)
	Escore Médio	47,76	49,59	41,82	47,33	37,47	56,47
	p-valor	0,6948	0,8590	0,4115	0,7605	0,1956	0,2668
<b>Ocupação atual</b>							
Dona de casa	Média (Dp)	17,40 (2,30)	13,76 (4,57)	15,00 (3,24)	14,60 (3,05)	14,10 (2,30)	12,00 (3,67)
	Escore Médio	58,50	36,60	43,30	37,50	39,70 <sup>c</sup>	24,30
Outro	Média (Dp)	16,58 (2,60)	15,72 (2,47)	16,00 (2,26)	15,92 (2,34)	15,19 (2,35)	15,71 (3,63)
	Escore Médio	50,72	50,35	54,09	52,14	54,20 <sup>e</sup>	48,72
Pensionista	Média (Dp)	15,45 (3,53)	14,98 (3,49)	13,91 (3,18)	14,64 (2,25)	12,96 (2,89)	16,64 (4,06)
	Escore Médio	42,09	48,41	34,91	36,95	29,45 <sup>a</sup>	56,95
Aposentado	Média (Dp)	16,50 (2,56)	15,40 (2,52)	14,38 (2,13)	15,25 (2,12)	14,81 (2,02)	15,88 (4,36)
	Escore Médio	49,31	47,06	35,56	44,81	46,50 <sup>d</sup>	50,44
Desempregado	Média (Dp)	14,76 (1,94)	14,13 (3,60)	13,67 (3,39)	14,67 (4,55)	13,33 (2,14)	15,33 (4,84)
	Escore Médio	26,42	40,17	33,50	43,75	30,67 <sup>b</sup>	48,17
	p-valor	0,2397	0,7764	0,0593	0,3827	0,0270*	0,2975

\*significativo ao nível de confiança de 95%.

Teste de Kruskal-Wallis.

Escores médios seguidos pela mesma letra não diferem entre si, pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas Dunn.

Teste de Wilcoxon-Man-Whitney.



Em relação às condições de saúde e aos domínios do WHOQOL-HIV bref (tabela 5), os pacientes que se auto consideraram doentes, apresentaram percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. As diferenças de escores médios foram significativas ( $p < 0,05$ ) para todos os domínios. Tomar alguma medicação influenciou na percepção da qualidade de vida para os domínios *Relações sociais* ( $p= 0,0142$ ), *Ambiente* ( $p= 0,0027$ ) e na *Qualidade de vida geral* ( $p =0,0254$ ). Os domínios *Nível de independência* ( $p= 0,0065$ ) e *Ambiente* ( $p= 0,0033$ ) apresentam diferenças significativas de escores médios. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV em até 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida.

Tabela 5. Média, desvio-padrão, escore médio dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV e condições de saúde, Maringá - PR, 2021.

Condição de saúde		Domínios do WHOQOL-HIV bref					
		Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade
<b>Se considera:</b>							
Doente	Média (Dp)	13,93 (3,03)	13,07 (2,83)	12,93 (3,28)	13,60 (2,75)	12,60 (2,26)	12,20 (4,71)
	Escore Médio	26,63	26,63	27,50	27,70	25,10	28,47
Saudável	Média (Dp)	16,79 (2,41)	15,84 (2,58)	15,89 (2,17)	15,94 (2,33)	15,12 (2,31)	16,25 (3,33)
	Escore Médio	52,55	52,55	52,39	52,35	52,83	52,21
	p-valor	0,0004*	0,0004*	0,0007*	0,0008*	0,0003*	0,0011*
<b>Faz uso da TARV:</b>							
Não	Média (Dp)	15,50 (3,11)	13,40 (3,66)	13,50 (2,65)	12,25 (2,99)	11,13 (1,38)	14,50 (4,93)
	Escore Médio	39,50	32,00	27,25	18,75	10,50	41,75
Sim	Média (Dp)	16,38 (2,70)	15,50 (2,75)	15,51 (2,57)	15,72 (2,42)	14,89 (2,39)	15,66 (3,82)
	Escore Médio	48,89	49,22	49,43	49,79	50,15	48,79
	p-valor	0,2561	0,1138	0,0590	0,0142*	0,0027*	0,3123
<b>Tempo de Diagnóstico:</b>							
Até 5 anos	Média (Dp)	16,88 (2,34)	15,34 (2,89)	16,28 (2,17)	15,72 (2,79)	15,54 (2,07)	15,10 (3,82)
	Escore Médio	52,32	46,65	55,79 <sup>b</sup>	49,15	56,24 <sup>b</sup>	42,82
De 5 a 10 anos	Média (Dp)	16,24 (2,80)	16,05 (1,97)	14,53 (2,65)	15,41 (2,67)	14,24 (2,31)	17,06 (3,63)
	Escore Médio	46,44	52,32	37,15 <sup>a</sup>	45,08	40,97 <sup>b</sup>	58,26
Mais de 10 anos	Média (Dp)	15,37 (3,18)	15,26 (3,07)	14,59 (2,87)	15,89 (3,93)	13,61 (2,84)	15,48 (2,05)
	Escore Médio	39,24	46,04	38,67 <sup>b</sup>	45,98	35,44 <sup>a</sup>	49,39
	p-valor	0,1276	0,7175	0,0065*	0,8149	0,0033*	0,1156

\*significativo ao nível de confiança de 95%.

Teste de Kruskal-Wallis.

Escore médio seguidos pela mesma letra não diferem entre si, pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas Dunn.

Teste de Wilcoxon-Man-Whitney.

## DISCUSSÃO

A amostra foi composta principalmente por homens (65,63%), corroborando com a literatura que mostra que a maioria das infecções por HIV ocorrem em pessoas do sexo masculino, ou seja, 26 homens para cada dez mulheres<sup>2</sup>. Mais da metade dos participantes (54,55%) tinha idade  $\geq$  40 anos. No levantamento de dados da população brasileira infectada por HIV, a maioria (52,7%) dos casos relacionava-se a pessoas mais jovens, com idade entre 20 a 34 anos<sup>2</sup>. Divergências entre as médias de idade têm sido relatadas, variando entre 34,6 a 43,7<sup>13</sup> anos. Em outros países como nos Estados Unidos, Canadá e Austrália a média de idade dos adultos infectados pelo HIV passa de 50 anos de idade<sup>14</sup>.

Em relação à escolaridade, no presente estudo, (44,79%) declararam ter cursado o ensino médio. Dados nacionais mostram que, quando essa informação foi relatada, (21,1%) de PVHIV possuíam ensino médio<sup>2</sup>. Prevalência (90,7%) de PVHIV com ensino fundamental e médio, ou seja, educação básica foi relatada em outro estudo realizado no Rio Grande do Norte<sup>6</sup>. Portanto, os dados deste estudo refletem dados anteriores de que o número de PVHIV que possuem ensino superior ainda é minoria.

Quanto à situação de emprego, (44,79%) dos participantes declararam ter emprego formal e (12,50%) emprego informal. Percentual mais elevado de PVHIV empregados foi verificado no estudo<sup>16</sup> realizado no Rio de Janeiro e Niterói, visto que (62,3%) das PVHIV declarou-se empregada. O menor percentual de PVHIV empregados verificado no presente estudo, provavelmente, está relacionado ao período de coleta dos dados, visto que nesse período o país encontrava-se em crise econômica devido à pandemia da COVID-19. Sabendo-se que uma das consequências da pandemia é o desemprego possivelmente, a menor taxa de desemprego está mais relacionada com a crise econômica, do que com a infecção pelo HIV<sup>15</sup>. Cabe ainda esclarecer que o emprego formal é aquele em que existe algum tipo de contrato entre empregador e empregado. Já o setor informal diz respeito aos trabalhadores que são privados de condições básicas ou mínimas de trabalho e proteção social<sup>15</sup>.

Sobre a orientação religiosa, a maioria (56,25%) dos entrevistados declararam ser católicos. Ao contrário do encontrado em nosso estudo, verificou-se em um estudo realizado em Niterói e Rio de Janeiro que o grupo católico era minoria quando comparado com outras religiões ou sem religiões<sup>16</sup>. Outro estudo<sup>17</sup>, aponta que a maioria dos

participantes seguem alguma religião, o que também foi encontrado neste estudo.

Relacionado ao modo de exposição ao HIV, (76,29%) declararam que a contaminação ocorreu após sexo com homem, seja por relações heterossexuais ou homossexuais. A maioria (65,08%) das contaminações ocorreram entre homens que fazem sexo com homens. Atividades sexuais de alto risco são um dos principais motivos de contaminação, seguido por agulhas compartilhadas<sup>12</sup>. Esse resultado está de acordo com levantamento anterior, em que foi observado que entre os homens, (51,6%) dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, seguindo por (31,3%) heterossexual e a menor porcentagem (1,9%) entre usuários de drogas injetáveis. Entre as mulheres aponta-se que (86,6%) das infecções ocorreram por exposição heterossexual<sup>2</sup>.

Os resultados encontrados mostraram que (95,83%) dos participantes faziam uso dos medicamentos antirretrovirais. Nossos resultados contrastam com os apresentados em estudos anteriores<sup>6,13</sup>, realizados no Rio Grande do Norte e Minas Gerais, correspondendo a (86,8%) e (89,8%), respectivamente.

Em relação à classificação clínica (96,88%) relataram ser assintomáticos. Em outro estudo<sup>12</sup> a taxa de participantes assintomáticos foi de (42,5%). Ainda assim, observou-se que (84,38%) relataram ser saudáveis e isso pode estar relacionado ao fato de a grande maioria não apresentarem sintomas relacionados à infecção, mesmo que esteja vivendo com HIV.

Quando avaliada a qualidade de vida, em todas as facetas e domínios mensurados pelo WHOQOL-HIV brief, percebe-se uma avaliação positiva, visto que a maioria dos domínios apresentou avaliação superior de qualidade de vida. Para as PVHIV neste estudo, a autoavaliação da qualidade de vida apresentou média de 14,86, indicando avaliação intermediária. Em contrapartida, outro estudo<sup>14</sup>, apresentou a autoavaliação da QV média de 15,49, indicando avaliação superior.

Os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, espiritualidade apresentaram média acima de 15 correspondendo à avaliação superior. O domínio ambiente apresentou média 14,73 indicando avaliação intermediária. A classificação superior dos domínios psicológicos e espiritualidade contrasta com o encontrado em outro estudo realizado em Niterói e Rio de Janeiro<sup>16</sup>. Na Paraíba<sup>18</sup>, os

autores verificaram que o domínio espiritualidade apresentou maior escore em relação aos outros domínios. Já em Santa Catarina<sup>17</sup> foi observado escores inferiores nos domínios físicos, nível de independência e espiritualidade.

O domínio relações sociais apresentou avaliação superior de QV. Diferentemente do presente estudo, os resultados verificados em Niterói e Rio de Janeiro foram de avaliação intermediária, porém próximo da avaliação superior de QV<sup>16</sup>. As relações sociais podem estar relacionadas ao estigma e à discriminação associada às dificuldades na revelação do diagnóstico para pessoas próximas<sup>20</sup>. A avaliação superior no domínio físico, pode estar associado ao uso dos medicamentos antirretrovirais e à condição clínica que o indivíduo se encontra<sup>16</sup>.

A espiritualidade, religião e crenças estão relacionados com a busca por significado na vida, além de serem apoio nos momentos de tristeza, sendo considerados aspectos válidos para melhorar a QV<sup>18</sup>.

O domínio ambiente apresentou a menor média 14,73 indicando avaliação intermediária, corroborando com outros estudos<sup>16,21,22</sup>. Possivelmente esse fator está relacionado a desigualdade social, à vulnerabilidade e à questão financeira<sup>22</sup>.

Neste estudo, não foram observadas diferenças significativas, entre a variável sexo e os domínios. Em outro estudo<sup>17</sup> não foram observadas diferenças significativas entre os domínios em relação às variáveis sociodemográficas. Entretanto, outros estudos apontam que mulheres apresentam escores menores de qualidade de vida<sup>12,21,22</sup>.

Para o nível de escolaridade foram observadas diferenças significativas, entre os escores médios para os domínios Ambiente ( $p= 0,0143$ ) e Nível de dependência ( $p= 0,0442$ ). Os pacientes que completaram o Ensino Médio ou Ensino Superior, apresentam melhores indicadores de qualidade de vida. Já em outro estudo<sup>19</sup> foi observado no domínio meio ambiente escores menores para os com ensino médio ou sem escolarização e maiores para os de ensino superior. Os resultados sugerem que quanto maior a escolaridade melhores são os indicadores de qualidade de vida.

Os pacientes que se auto consideram uma pessoa doente, apresentaram a percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. As diferenças de escores médios foram significativas ( $p < 0,05$ ) para todos os domínios. Diferenças significativas em alguns domínios como psicológico,

nível de independência, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da qualidade de vida foram observadas em outro estudo<sup>19</sup>. No nosso estudo observou-se que indivíduos que se consideram saudáveis enfrentam de forma positiva o HIV em todos os domínios quando comparados com aqueles que se consideram doentes.

Tomar alguma medicação influenciou na percepção da qualidade de vida para os domínios relações sociais ( $p= 0,0142$ ), ambiente ( $p= 0,0027$ ) e na qualidade de vida geral ( $p =0,0254$ ). O correto uso da TARV é fundamental para o tratamento e controle do HIV. A incidência de mortalidade em PVHIV que não estão em tratamento é 30 vezes maior quando comparado com indivíduos que fazem o tratamento correto<sup>19</sup>. A TARV retarda o avanço da doença e melhora os aspectos clínicos, e conseqüentemente, em melhor QV<sup>18</sup>.

Os domínios Nível de independência e Ambiente apresentaram diferenças significativas de escores médios, ( $p= 0,0065$ ) e ( $p= 0,0033$ ), respectivamente. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV em até 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida. Em outro estudo relacionado ao tempo de diagnóstico, os participantes apresentaram maiores escores nos domínios psicológico e espiritual, dentre os domínios de QV<sup>18</sup>. No estudo realizado em São Paulo, os indivíduos com sorologia conhecida de dois a cinco anos apresentaram escores superiores quando comparados com os que tiveram diagnóstico há menos de dois anos, em relação ao domínio meio ambiente<sup>21</sup>. Os achados sugerem que indivíduos que possuem maior tempo de diagnóstico, possuem melhor QV, e isso pode estar associado à adaptação com a nova condição de vida.

Finalizando, o estudo apresentou algumas limitações. Entre as limitações, está a amostra que foi de conveniência. A amostra foi composta apenas por pessoas que frequentavam o SAE, dessa forma os resultados não podem ser generalizados. Além disso, durante o período de coleta de dados, o número de pessoas que frequentavam o serviço estava limitado, por conta dos protocolos impostos para o combate à pandemia do novo Coronavírus, restringindo o tamanho da amostra.

## **CONCLUSÃO**

A qualidade de vida da população estudada, segundo o WHOQOL-HIV bref, foi

influenciada por algumas variáveis sociodemográficas e pelas condições de saúde de PVHIV. Segundo as variáveis sociodemográficas, a qualidade de vida em pacientes com até 39 anos e maior escolaridade foi melhor.

As pessoas que se consideram doentes, apresentaram percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. Assim como o uso da medicação antirretroviral influenciou nos domínios relações sociais, ambiente e percepção geral. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV no período entre 5 a 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida.

De maneira geral, as PVHIV/AIDS apresentaram avaliação superior em cinco dos domínios de qualidade de vida. Neste sentido, sugere-se orientação à população de estudo, com incentivos a comportamentos saudáveis, o uso correto da TARV que é fundamental para o tratamento e controle do HIV e políticas de inclusão efetivas para acesso à educação.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Capítulo 1: Avançando em direção aos três zeros. [Internet]. 2020 [citado em 08 de dez 2020]. Disponível em: <https://aids2020.unaids.org/chapter/chapter-1-advancing-towards-the-three-zeros/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde . Boletim Epidemiológico Especial. Número Especial. Dez. 2020.
3. Silva-Boghossian CM, Boscardin BAB, Pereira CM, Moreira E JL. Evaluation of oral care protocols practice by dentists in Rio de Janeiro towards HIV/ AIDS individuals. BMC Oral Health. 2020 [citado em 08 de dez 2020]; 20:13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-0999-7>.
4. Maleki MR, Derakhshani N, Azami-Aghdash S, Naderi M, Nikoomanesh M. Quality of Life of People with HIV/AIDS in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health. 2020 [citado em 06 de dez 2020]; 49(8): 1399–1410. DOI: 10.18502/ijph.v49i8.3861.
5. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva, 1998.
6. Medeiros RCSC, Medeiros JA, Silva TAL, Andrade RD, Medeiros DC, Araújo JS.

- Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev Saúde Pública*. 2017 [citado em 03 de mar 2021].51:66.
7. Brasil. Ministério da Saúde. [citado em 07 de dez 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/h/aids-hiv>.
  8. UNAIDS. Legislação brasileira e o HIV. [citado em 06 de dez 2020]. Disponível em: <https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/>.
  9. Araújo KMST, Leal MCC, Marques APO, Silva SRA, Aguiar RB, Tavares MTDB. Avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas com HIV assistidos em serviços de referência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 [citado em 10 de dez 2020]; 25(6):2009-2016, DOI: 10.1590/1413-81232020256.20512018.
  10. Fleck MPA. Instrumento WHOQOL BREF HIV. 2007 [citado em 21 de nov 2019] Disponível em : < <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=3> >.
  11. STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. Categorical data analysis using SAS system. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.
  12. Zimpel RR, Fleck MP. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2007 [citado em 05 de mar 2021]; 19:7, 923-930. DOI: 10.1080/09540120701213765.
  13. Ferreira AC, Teixeira AL, Silveira MF, Carneiro M. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2018 [citado em 15 de mar 2021]; 51(6):743-751, Nov-Dec, 2018. DOI: 10.1590/0037-8682-0442-2017.
  14. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and Ageing: Improving Quantity and Quality of Life. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016 [citado em 03 de mar 2021]; 11(5): 527-536. DOI: 10.1097/COH.0000000000000305.
  15. Costa SS. Pandemia e desemprego no Brasil. *Revista de administração pública*. 2020 [citado em 03 de mar 2021]; 54(4):969-978. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200170>.
  16. Cecilio HPM, Oliveira DS, Marques SC, Apostolidis T, Oliveira DC. Qualidade de vida



- de pessoas vivendo com HIV atendidas em serviços públicos de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2018 [citado em 02 de mar 2021]; 26:e37461. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37461>.
17. Passos SMK, Souza LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [citado em 05 de mar 2021]; .31:4. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000514>.
  18. Oliveira e Silva AC, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 [citado em 11 de mar 2021]; 22(6):994.
  19. Silva AMA, Oliveira MC, Masiero AV. Qualidade de vida e adesão aos antirretrovirais em população adulta do sul do brasil. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP*. 2019 [citado em 10 de mar 2021]; v.9, n.2 (18).
  20. Lima ALO, Albuquerque VWT, Silva JIBW, Peixoto FB, Ferreira SMS. Percepção sobre saúde bucal de mulheres vivendo com hiv/aids. 2011 [citado em 12 de mar 2021]; 6(6), pp. 117-130.
  21. Santos ECM, Junior IF, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007 [citado em 11 de mar 2021]; 41(Supl. 2):64-71.
  22. Marques SC, Oliveira DC, Cecilio HPM, Silva CP, Sampaio LA, Silva VXP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. *Revenferm UERJ*. 2020 [citado em 11 de mar 2021]; 28:e39144. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39144>.

## 6.1 Normas do artigo 1.



### Instrução aos Autores

#### Missão da Revista

Divulgar pesquisas e outras modalidades de artigos relacionadas à saúde com interface às ciências sociais e humanas.

#### Política Editorial

A Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (REFACS) publica no formato trilingue (português, inglês e espanhol) prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de artigos originais; revisão (sistemática; integrativa); reflexão; relato de experiência; atualização; estudo de caso; debates; e, comunicação breve. A REFACS é uma publicação trimestral podendo ter números temáticos e suplementos. Os manuscritos recebidos serão avaliados por pares (guardada a confidencialidade entre autor/es e avaliador/es), não sendo permitida sua apresentação simultânea em outros periódicos.

#### Seções de Publicação

**Editorial:** responsabilidade do Comitê Editorial. Este texto deve ter, no máximo, 3 páginas e até 5 referências.

**Debate:** artigo teórico provindo de um autor (convidado e de destaque no tema em foco) que receberá comentários assinados por até três especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. No total, os textos do autor convidado e, dos três debatedores, bem como suas réplicas terão no máximo 15 páginas e até 20 referências.

**Artigos originais:** trata-se da divulgação de produções científicas resultantes de pesquisa original.

São considerados pesquisas as contribuições discursivas de efeito teorizante, pesquisa qualitativa, quantitativa e quali-quantitativa. Esta modalidade é limitada até 20 páginas e até 30 referências.

**Revisão:** é uma publicação conduzida por meio da compilação de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, que objetiva responder uma pergunta específica e de relevância.

Descreve com detalhes o formato de busca dos estudos, os critérios de seleção e os

procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos. Para esta seção serão aceitos apenas revisões sistemáticas e revisões integrativas. Estes manuscritos não devem ultrapassar 25 páginas e 40 referências.

**Reflexão:** publicação que aborda a descrição aprofundada de temas de interesse das ciências: da saúde, sociais e humanas. Deve conter no máximo 10 páginas e 15 referências.

**Relato de Experiência:** aborda descrição criteriosa de experiências que possam ser replicadas e de contribuição técnico científica. Este tipo de manuscrito é limitado a 10 páginas e 15 referências.

**Atualização:** modalidade que apresenta temática de interesse atual para o momento e que deve ser escrito preferencialmente por especialista no assunto, com proposta de crítica da realidade. Este tipo de manuscrito é limitado a 10 páginas e 15 referências.

**Estudo de Caso:** descrição de caso (s) clínico (s) e ou social (is), que mostrem situações diferenciadas e ou experimentais, com análise da realidade e, focalização trazida pelo caso para contribuições à prática clínica, epidemiológica, social ou combinadas entre estas. Este tipo de manuscrito é limitado a 10 páginas e 15 referências.

**Comunicação Breve:** apresentação de ensaios, resenhas, eventos e outros. Não deve ultrapassar a 7 páginas e 10 referências.

Como apresentar o manuscrito no Sistema de Submissão

A - Aspectos Gerais:

**Título:** deve ser informativo e conciso, com até 15 palavras, sem abreviaturas, siglas ou nome de localidade. Enviar o título apenas em português, a tradução acontecerá após o aceite, se for o caso.

**Autoria:** deverá ser inserida apenas no sistema de submissão, onde serão apresentados os nomes completos de todos os autores, informando também de todos estes: a formação básica, titulações de forma crescente (graduação, especialização, mestrado, doutorado, pós doutorado se for o caso); instituição de origem ou local de trabalho; e-mail; e, endereço completo do autor correspondente pela submissão. Deve-se incluir o registro de pesquisador ORCID de todos os autores que deve ser feito no – <https://orcid.org/register>. Cursos encerrados não necessitam descrever onde foram realizados, apenas se ainda estiver cursando.

**Fontes de financiamento:** informar fontes de apoio e/ou financiamento, quando for o caso.

**Resumo:** deve conter sequência lógica e descritiva dos objetivo (s), métodos, resultados e conclusão entre 100 a 150 palavras (ou seja não separar os itens no resumo). O Objetivo deve

ser igual ao que está ao término da introdução. Apresentar apenas a versão em português, da qual a tradução ocorrerá apenas se for aceito para publicação. Deve vir acompanhado de 3 a 5 descritores separados por ponto e vírgula (não usar ponto ou apenas vírgula). Para determinação dos descritores, consultar o site <http://decs.bvs.br/> buscando preferencialmente em Descritor Exato; não usar sinônimos. Se o descritor apresentar mais que uma palavra, apenas a primeira será maiúscula. Não usar os termos Palavras-chaves ou similares. Não traduzir descritores em inglês e espanhol (neste caso enviar nas 3 línguas), e sim usar exatamente o que consta no DECs para as três línguas (português, inglês e espanhol).

Artigo: poderá ser apresentado em português, espanhol ou inglês.

Evitar: o uso de termos como finalmente, enfim, por fim, no meio do texto. Por diferente que seja os estilos de escrita, estes termos e similares se reservam à Conclusão. Não escrever de forma pessoal (nós, apontamos, verificamos, observamos e semelhantes). Escrever de forma impessoal (aponta-se, observou-se, verificou-se, e outros). As citações estão reservadas à Introdução, Método e Discussão e não devem constar de modo algum nos Resultados e Conclusão. Excetua-se aqui, casos de revisão da qual se apresentará quadro ou outra figura nos resultados com os artigos levantados, mas de modo algum este é o lugar de contra argumentação destes artigos.

#### B – Estrutura do manuscrito

Introdução: deve ser sucinta, evidenciando conhecimento do autor sobre o tema incluindo as referências pertinentes, finalizando com a justificativa e o objetivo do estudo. O objetivo apresentado no final deste item deve ser exatamente igual ao que está no resumo.

Método: informar o desenho do estudo, as fontes de dados e/ou local e data do estudo, a população e a amostragem estudada, os critérios de seleção dos sujeitos, instrumentos e outros recursos usados para a coleta dos dados, os procedimentos éticos e a análise dos dados, mesmo no caso de pesquisas qualitativas. Ainda que na modalidade revisão incluir a data do levantamento, que é diferente da data considerada para o estudo.

Resultados: apresentar objetivamente os dados obtidos no estudo em foco. Um mínimo texto descritivo deve antecipar, evitando repetições do que está descrito em tabelas, quadros e, outras figuras. Utilizar no máximo 5 (cinco) figuras ou tabelas. Para pesquisas qualitativas, os depoimentos dos sujeitos deverão aparecer ao longo do texto e neste item (Resultados), em itálico e, sem aspas. Não fazer citações neste item, independentemente do tipo de estudo. Para toda modalidade de manuscrito o resultado deve aparecer (seja ensaio, atualização,

comunicação breve, debate, relato de experiência ou outros). Para pesquisas qualitativas as falas, discursos, conteúdos, categorias e outros devem aparecer aqui (nos Resultados), sem nenhum comentário (apenas breve descrição acima) e não incluir citações, isto é reservado ao item Discussão. Com exceção do apresentado no item “Evitar”.

**Discussão:** destacar os principais resultados comparando-os com estudos similares da literatura científica na temática abordada. Este item é o espaço de contra argumentação do autor em relação aos principais resultados, e em resposta aos objetivos com a literatura pertinente, ou mesmo a descrição de lacunas do tema, dentre outros.

**Conclusão:** apresentar afirmações baseadas apenas nos dados do estudo, com resposta (s) ao (s) objetivo (s). Incluir limitações, generalizações e possíveis caminhos para outras pesquisas. Não incluir citações nesta parte do artigo.

**Agradecimentos:** é opcional. Contribuições de pessoas que prestaram colaboração ao trabalho, mas que não preencheram os requisitos para participarem da autoria. Devem constar no final do texto, se for o caso.

**Contribuições dos Autores:** descrever de forma explícita as contribuições de cada um dos autores, tais como: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e outros. Os que forem idênticas as contribuições juntar os nomes.

**Referências:** normatização Vancouver:  
[https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Não utilizar os termos bibliografia, nem bibliografia consultada. Utilizar no mínimo 50% das referências com menos de cinco anos e, se possível com prioridade para artigos de revistas científicas, ao invés de: livros, anúncios de jornais, ou outras tipologias de publicação. Neste item deve se colocar até 06 (seis) autores, usando-se et al. apenas após o 6o autor. Para toda referência eletrônica deve-se colocar a data de acesso, e onde o artigo está disponível e, quando houver colocar o DOI da publicação. Toda vez que se usar capítulo de livro ou citações de órgãos públicos, deve-se colocar as páginas.

**Modelo de Referências**

Artigo padrão

Cunha JHS, Pereira DC, Almohalha L. O significado de ser mãe ou pai de um filho com autismo. REFACS. 2018; 6(1):26-34.

Artigo com mais de 6 autores

Garcia LAA, Camargo FC, Gomes THM, Rezende MP, Pereira GA, Iwamoto HH, et al.

Produção do conhecimento de Enfermagem sobre os anos potenciais de vida perdidos: estudo bibliométrico. REFACS. 2017; 5(1):34-46.

Artigo cujo autor é uma organização

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998; 46(12):1569-85.

Artigo em periódico eletrônico

Hajjar R, Albino A, Santos AS. Depressão e a busca do "Pharmakon" para aplacar o mal estar individual e social. REFACS. [Internet]. 2017 [citado em 05 ago. 2018]; 5(Supl 1):165-74. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2004>

Artigo com DOI

Garcia LAA, Milani J, Celeste LFN, Chagas LMO, Caixeta TP, Santos AS. Inatividade física e depressão em idosos no Brasil: uma revisão sistemática. REFACS [Internet]. 2017 [citado em 05 ago. 2018]; 5(1):66-74. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i1.1916>

Livro padrão

Santos AS, Cubas MR., organizadores. Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304p.

Capítulo de livro

Damião R, Bevilacqua M, Gimeno SGA. Nutrição, atividade física e obesidade. In: Moreira WW, Marocolo Junior M, Chaves AD, Carbinatto MV., organizadores. Ciências do esporte: educação, desempenho e saúde. 2ed. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2012. v. 2, p. 11-261.

Livro advindo de uma Organização

Sociedade de Cardiologia do Estado São Paulo. Manual de cardiologia. São Paulo: Atheneu; 2000. 590p.

Teses, dissertações e trabalhos de conclusão

Cardoso LRC. As manifestações de agressividade no processo de cuidar: implicações para a enfermagem. [dissertação]. Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM; 2012.95p.

Artigos completos publicados em anais de evento

Silveira RE, Contim D. Educação em saúde e a prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: um estudo bibliométrico. In: I Seminário de humanização da saúde do

HC/UFTM; nov-2010; Uberaba, Brasil. Uberaba, MG: UFTM; 2010. p. 19-23.

#### B – Observações importantes

1. O texto deverá ser gravado no formato .doc; letra Cambria, tamanho 12; espaço simples; parágrafos alinhados em 1,0 cm. Papel A4 (210 x 297), com margens de 2,5cm de cada lado. Não usar destaques no texto.
2. Citações diretas devem ser reservadas a casos extremamente necessários e quando ocorrerem devem ter um recuo no texto em itálico, mas sem sublinhado ou negrito.
3. Tabelas e/ou Figuras (no máximo 5) devem ser inseridas no texto, logo após serem mencionadas, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos. Não enviar tabelas ou outras figuras separadas.
4. Anexar o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de pesquisa ou qualquer modalidade de estudo que envolva seres humanos.
5. Não utilizar notas de rodapé ao longo do texto.
6. No item Referências os sobrenomes indicativos de parentesco (Filho, Júnior, Neto, Sobrinho e outros) e equivalentes estrangeiros devem ser mencionados em seguida ao sobrenome imediatamente anterior, por extenso. Ex.: Assis Neto P, Davis Junior JC, Guimarães Filho AC, Oliveira Sobrinho J.
7. Quando o sobrenome apresentar complementos como: da, de, do e similares, os mesmos deverão ser suprimidos / excluídos nas referências.
8. Para a abreviatura dos títulos das revistas, consulte cada título no link: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?lang=PT> ou <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>
9. Serão aceitos artigos com no máximo seis autores.

#### C – Modo de Submissão

1. A submissão será realizada exclusivamente online, pelo site [www.uftm.edu.br/refacs](http://www.uftm.edu.br/refacs)
2. Incluir na submissão: Manuscrito (sem o nome dos autores), Declaração de Direito Autoral (formulário no site da REFACS) e, Aprovação do CEP (quando for pesquisa).
3. Não há cobrança para submissão e publicação.
4. A REFACS publica de forma trilingue (português, inglês e espanhol) e neste caso, a tradução das duas outras línguas (diferentes da submissão) são traduzidos por profissionais indicados pela revista e, cobrados por tais tradutores, dos respectivos autores. Não será aceita tradução das 2 línguas diferentes da submissão, por parte do autor. A REFACS indicará tradutores, em

geral com preços acessíveis em termos de mercado. Cabe ressaltar que o serviço de tradução não tem nenhuma ligação com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro e nem com a REFACS diretamente. Em outras palavras, a REFACS que é ligada à UFTM, não tem nenhuma relação com o trabalho de tradução.

Acrescenta-se ainda que a REFACS não fará o gerenciamento de divisões em valores de tradução entre os autores, ficando a cargo do autor correspondente tal atividade. Por sua vez, a publicação do artigo se dará apenas após o informe dos tradutores da realização do pagamento.



## 7 ARTIGO 2

### Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV/AIDS

*Oral health literacy, quality of life and sociodemographic variables of people living with HIV / AIDS*

*Alfabetización en salud bucal, calidad de vida y variables sociodemográficas de las personas que viven con el VIH / SIDA*

#### RESUMO

As condições sociodemográficas são determinantes da saúde bucal e a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e qualidade de vida. O objetivo do presente estudo foi avaliar o letramento em saúde bucal e a qualidade de vida de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV), bem como os fatores sociodemográficos que podem estar associados. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e amostragem não probabilística de conveniência. O estudo foi desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Maringá-PR, sendo a amostra composta por 80 pessoas vivendo com HIV/AIDS. Participantes do sexo masculino apresentaram maior nível de letramento. A maioria dos participantes 34 (42,50%) atingiu nível moderado em relação à pontuação do BREALD-30, 26 (32,50%) nível baixo e apenas 20 (25,00%) nível alto de letramento em saúde bucal. Observou-se que quanto maior a escolaridade maior é o nível de letramento bucal ( $p=0,0002$ ). Em relação ao letramento em saúde bucal e qualidade de vida, não foram observadas diferenças significativas entre os domínios do WHOQOL-HIV bref e os três níveis de classificação do BREALD-30. Dessa forma, conclui-se que o letramento em saúde bucal está relacionado às variáveis sexo e escolaridade. Sugere-se, com o intuito de minimizar as limitações dos indivíduos em relação ao letramento em saúde bucal, adequar a comunicação entre profissional e paciente.

**Palavras-chave:** Populações vulneráveis; Comunicação; Saúde bucal.

#### ABSTRACT

*Sociodemographic conditions are determinants of oral health and oral health is an integral part of general health and quality of life. The aim of the present study was to evaluate oral health literacy and the quality of life of people living with the human immunodeficiency virus (PLHIV), as well as the sociodemographic factors that may be associated. This is a cross-sectional, quantitative study and non-probabilistic sampling of convenience. The study was developed at the Specialized Assistance Service (SAE) in Maringá-PR, and the sample consisted of 80 people living with HIV / AIDS. Male participants had a higher level of literacy. Most participants 34 (42.50%) reached a moderate level in relation to the BREALD-30 score, 26 (32.50%) a low level and only 20 (25.00%) a high level of oral health literacy. It was observed that the higher the level of education, the higher the level of oral literacy ( $p = 0.0002$ ). Regarding literacy in oral health and quality of life, no significant differences were observed between the WHOQOL-HIV bref domains and the three classification levels of BREALD-30. Thus, it is concluded that literacy in oral health is related to the variables sex and education. It is suggested, in order to minimize the limitations of individuals in relation to oral health literacy, to adapt the communication between professional and patient.*

**Keywords:** Vulnerable populations; Communication; Oral health.

#### RESUMEN

*Las condiciones sociodemográficas son determinantes de la salud bucal y la salud bucal es una parte*

*integral de la salud general y la calidad de vida. El objetivo del presente estudio fue evaluar la alfabetización en salud bucal y la calidad de vida de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (PVVIH), así como los factores sociodemográficos que pueden estar asociados. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y muestreo de conveniencia no probabilístico. El estudio se desarrolló en el Servicio de Atención Especializada (SAE) de Maringá-PR, y la muestra estuvo conformada por 80 personas viviendo con VIH/SIDA. Los participantes masculinos mostraron un mayor nivel de alfabetización. La mayoría de los participantes 34 (42,50%) alcanzaron un nivel moderado en relación con la puntuación BREALD-30, 26 (32,50%) un nivel bajo y solo 20 (25,00%) un nivel alto de alfabetización en salud bucal. Se observó que a mayor nivel educativo, mayor nivel de alfabetización oral ( $p = 0,0002$ ). Con respecto a la alfabetización en salud bucal y calidad de vida, no se observaron diferencias significativas entre los dominios brief del WHOQOL-HIV y los tres niveles de clasificación de BREALD-30. Así, se concluye que la alfabetización en salud bucal está relacionada con las variables sexo y educación. Se sugiere, con el fin de minimizar las limitaciones de los individuos en relación a la alfabetización en salud bucal, adaptar la comunicación entre profesional y paciente.*

**Descriptor:** Poblaciones vulnerables; Comunicación; Salud bucal.

## INTRODUÇÃO

Segundo estimativas de 2007, até junho de 2020 foram notificados 342.459 casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil (BRASIL, 2020). As manifestações bucais associadas ao HIV podem estar presentes como indicativo da doença ou em casos de gravidade da infecção pelo HIV, podendo afetar negativamente a saúde do indivíduo (LEE et al., 2016). Dessa forma, cuidados com a saúde são fundamentais e estão associados ao letramento em saúde (ou literacia em saúde) e à qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (1998) define a literacia em saúde como um conjunto de habilidades cognitivas e sociais que auxilia os indivíduos a obter, compreender e usar informações de maneira que seja promotora da saúde. Apesar da OMS definir literacia desde 1998, a literacia em saúde está em constante desenvolvimento, podendo ser aplicada na capacidade de leitura de materiais escritos, na numeracia, nas competências de fala e audição, além dos conhecimentos culturais (ANTUNES, 2014).

O baixo nível de letramento está associado à utilização inadequada dos serviços de saúde, maior taxa de internação, menor procura por serviços preventivos de saúde e promoção de saúde, além da baixa adesão à medicação (ATCHISON et al., 2010; HOLTZMAN et al., 2017). Dessa forma, o baixo nível de letramento está associado conseqüentemente à baixa qualidade de vida (WANG et al., 2015). O letramento em saúde consiste em adquirir conhecimento e aplicá-lo na própria realidade, reforçando a necessidade de compreensão das informações básicas de saúde (ANTUNES, 2014).

Assim como na saúde geral, para manter a saúde bucal é necessário compreender, entender e colocar em prática as informações sobre saúde (JONES et al., 2007). O letramento em saúde bucal tem sido avaliada por alguns instrumentos como o BREALD-30, que avalia a habilidade de leitura dos indivíduos e permite ajustes dos profissionais de saúde bucal, por meio de estratégias de comunicação

de forma individualizada (JUNKES et al., 2015).

Segundo Jones et al. (2007), a dificuldade na pronúncia de palavras usadas na odontologia mostra que o indivíduo pode ter dificuldade de compreensão e apresentar piores resultados de saúde. Além do mais, o baixo nível de letramento em saúde bucal, tem sido associado a menos conhecimento odontológico; autopercepção de saúde bucal ruim; visitas irregulares de acompanhamento; menor procura por informações sobre saúde e menos acesso ao atendimento odontológico (HOLTZMAN et al., 2017). Conseqüentemente o baixo nível de letramento em saúde bucal tem sido associado a limitado conhecimento sobre saúde bucal e dificuldade na compreensão das instruções sobre saúde (FIRMINO et al., 2017).

Sendo assim, estudos são necessários para avaliar a qualidade de vida e o nível de letramento em saúde bucal entre Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o letramento em saúde bucal e a qualidade de vida de PVHIV, bem como os fatores sociodemográficos que podem estar associados.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com coleta de dados primários e amostragem não probabilística por conveniência. O estudo foi desenvolvido no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST/AIDS/Hepatites Virais da 15ª. Regional de Saúde, localizada na Policlínica Primo Marcelo Monteschio, no município de Maringá, Paraná, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Cesumar (UniCesumar), CAAE nº 29787320.3.0000.5539, parecer 3.922.245.

A amostra foi composta por 80 pessoas vivendo com HIV/AIDS que frequentavam o SAE. Os critérios de inclusão foram pacientes vivendo com HIV/AIDS, cadastrados no SAE e com idade  $\geq 18$  anos. Foram excluídos pacientes que apresentassem qualquer tipo de condição cognitiva que impedisse a compreensão ou aplicação dos procedimentos de pesquisa, como deficiência visual ou auditiva, analfabetos e que se recusasse a participar de qualquer etapa do estudo.

A coleta de dados foi realizada de forma individual em uma sala nas dependências do SAE. Foram utilizados na coleta: questionário para avaliar características sociodemográficas; condição de saúde bucal; instrumento para avaliar a qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life – HIV bref* (WHOQOL-HIV bref), versão traduzida e validada na língua portuguesa e para avaliar letramento em saúde bucal *Rapide Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (REALD-30), traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa no Brasil BREALD-30 (FLECK, 2007; JUNKES et al., 2015).

Para avaliação da qualidade de vida (QV), foi utilizado o instrumento WHOQOL HIV-Bref. O

WHOQOL-HIV Bref apresenta 31 questões distribuídas em seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade. As respostas do instrumento têm formato de escala do tipo Likert onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Porém, as questões dos itens 3, 4, 5, 8, 9, 10, e 31 estão codificadas de forma invertida, ou seja, a pontuação mais alta significa pior qualidade de vida naquele item, sendo recodificado na análise.

O BREALD-30 é um instrumento específico para avaliar o nível de conhecimentos dos adultos em relação à saúde bucal por meio do reconhecimento de palavras relacionadas com a etiologia, a anatomia, a prevenção e o tratamento de condições adversas orais. Sendo composto por 30 palavras que deverão ser lidas em voz alta pelo entrevistado para o entrevistador. As palavras são organizadas em ordem crescente de dificuldade com base na extensão média da palavra, número de sílabas e a dificuldade de combinação de sons (JUNKES et al., 2015).

Foi solicitado a cada entrevistado (a) que lesse a lista de palavras do BREALD - 30 em voz alta. Para cada palavra pronunciada corretamente, 1 (um) ponto foi atribuído e 0 (zero) quando a pronúncia foi incorreta. A pontuação total foi obtida pela soma das pontuações de cada palavra, podendo variar de 0 (menor grau de instrução) a 30, que corresponde ao nível mais alto de letramento em saúde bucal. Foi seguido a seguinte classificação: baixa instrução ( $\leq 21$  pontos), instrução moderada (22-25 pontos), e alta instrução (26-30 pontos) (VILELA et al., 2016). As participações foram áudio-gravadas, a fim de possibilitar a conferência das pronúncias e confirmar a pontuação.

Os erros de pronúncia ocorreram nas seguintes situações: substituição por palavra similar; palavras irregulares lidas como regulares; substituição, omissão ou acréscimo de letras; não utilização de regras de correspondência; falha em reconhecer a sílaba de tensões e leitura sem ritmo ou palavras repetidas (FIRMINO et al., 2017).

Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, version 9.4), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel. Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas. Para medir a diferença, entre os escores atribuídos aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) e do letramento bucal (BREALD), em relação às demais covariáveis, utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para variáveis que apresentam duas categorias (grupos) e o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste post hoc de comparações múltiplas de Dunn, para a comparação de variáveis que apresentam três ou mais categorias (grupos).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As condições sociodemográficas e socioeconômicas são determinantes da saúde bucal e a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e qualidade de vida. O nível de letramento em saúde pode estar relacionado a comportamentos inadequados em relação à cavidade bucal e conseqüente apresentar

resultados insatisfatórios de saúde bucal (JONES et al., 2007).

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que busca avaliar o nível de letramento em saúde bucal associado à qualidade de vida e características sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV.

A maioria 52 (65%) dos participantes eram do sexo masculino, 34 (42,50%) possuíam 40 anos ou mais de idade e 49 (61,25%) eram solteiros. Em relação ao arranjo familiar, a maioria 59 (73,75%) relatou morar acompanhado com pais, filhos, outros familiares ou amigos. Verificou-se ainda que, 39 (48,75%) tinham ensino médio, 40 (50%) possuíam emprego formal e 44 (55%) eram da religião católica.

Quando se compara o letramento em saúde bucal com as características sociodemográficas, os participantes do sexo masculino apresentaram maior nível de letramento. Dos 20 participantes que obteve pontuação nível alto, 16 (80,00%) eram do sexo masculino e 4 (20,00%) do sexo feminino, os demais participantes pontuaram nível baixo e moderado. Desses, 16 (80,00%) se disseram solteiros e apresentaram nível alto, quando comparado com participantes casados e outros. Dos 20 participantes que pontuaram nível alto, 10 (50,00%) disseram ter ensino superior e 8 (40,00%) ensino médio. A maioria dos participantes disse morar acompanhado e 15 (75%) dos que apresentaram alto nível faziam parte desse grupo. Desses 11 (55,00%) possuem emprego formal (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de HIV, segundo variáveis sociodemográficas e nível de instrução, Maringá – PR, 2021.

Instrução	Baixa		Moderada		Alta	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	12	46,15	12	35,29	4	20,00
Masculino	14	53,85	22	64,71	16	80,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Grupo etário (anos)</b>						
Até 29	8	30,77	11	32,35	9	45,00
De 30 a 39	3	11,54	8	23,53	7	35,00
De 40 ou +	15	57,69	15	44,12	4	20,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Estado civil</b>						
Casado	7	26,92	10	29,41	3	15,00
Solteiro	13	50,00	20	58,82	16	80,00
Outros	6	23,08	4	11,76	1	5,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Fundamental	12	46,15	7	20,59	2	10,00
Ensino Médio	13	50,00	18	52,94	8	40,00
Ensino Superior	1	3,85	9	26,47	10	50,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Arranjo familiar</b>						
Mora acompanhado	20	76,92	24	70,59	15	75,00
Mora sozinho	6	23,08	10	29,41	5	25,00

Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Ocupação atual</b>						
Dona de casa	2	7,69	2	5,88	1	5,00
Pensionista	5	19,23	3	8,82	0	0,00
Aposentado	2	7,69	2	5,88	0	0,00
Desempregado	2	7,69	3	8,82	1	5,00
Outra	15	57,69	24	70,59	18	90,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Situação atual</b>						
Aposentado	6	23,08	5	14,71	0	0,00
Desempregado	5	19,23	8	23,53	8	40,00
Emprego formal	12	46,15	17	50,00	11	55,00
Emprego informal	3	11,54	4	11,76	1	5,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00
<b>Religião</b>						
Católica	15	57,69	20	58,82	9	45,00
Evangélica	8	30,77	9	26,47	1	5,00
Outras	3	11,54	5	14,71	10	50,00
Total	26	100,00	34	100,00	20	100,00

Em relação à pontuação do BREALD-30 a maioria dos participantes 34 (42,50%) atingiu nível moderado, seguindo por 26 (32,50%) nível baixo e apenas 20 (25,00%) nível alto de letramento em saúde bucal. Em Curitiba (37,00%) dos participantes de um estudo apresentaram baixo grau de letramento, seguindo o instrumento BREALD-30 com uma população de pais de crianças matriculadas em pré-escolas públicas (FIRMINO et al., 2018). Da mesma forma, Jones et al. (2007), verificaram que (71,5%) da população estudada apresentava baixa literacia em saúde oral. Apesar dos diferentes métodos utilizados, pode-se observar que a baixa literacia em saúde bucal não corroboram com nossos achados, visto que a maior parte dos participantes apresentou nível moderado de letramento em saúde bucal, ou seja, melhor desempenho.

Tal diferença pode ter ocorrido devido às características da população de estudo. As PVHIV costumam buscar por serviço de saúde regularmente o que pode facilitar o desempenho e conhecimento dos indivíduos, uma vez que possuem maior contato com os profissionais de saúde.

Tabela 2 - Distribuição de frequências para os escores do BREALD-30 categorizado, portadores de HIV, Maringá – PR, 2021.

Classificação	n	%
Baixa	26	32.50
Moderada	34	42.50
Alta	20	25.00

Com relação à condição de saúde bucal, observou-se que 32 participantes (40,00%) declararam ter “boa” saúde bucal. Esses resultados divergem dos encontrados no estudo de Lima et al. (2011) com mulheres vivendo com HIV, no qual (38,9%) das entrevistadas relataram saúde bucal regular.

Em nosso estudo observou-se que (56,25%) afirmaram que escovavam os dentes mais de duas vezes ao dia e (38,54%) faziam raramente ou nunca fizeram uso do fio dental. No estudo de Lima et al. (2011) resultados semelhantes foram observados em mulheres vivendo com HIV, visto que (55,6%) delas, escovavam os dentes três vezes ao dia e normalmente não usavam o fio dental. Em outro estudo desenvolvido no Ceará com PVHIV, (80,6%) dos indivíduos afirmaram realizar a higiene oral 2 ou 3 vezes por dia. Em geral, diferentemente da escovação dentária que é realizada com frequência, o hábito de usar o fio dental entre os indivíduos é raro.

Em nosso estudo, 77 (80,21%) das PVHIV relataram não fumar. Esse achado é semelhante ao encontrado no estudo de Soares et al. (2014), onde (77,4%) dos indivíduos vivendo com HIV disseram não fumar. O tabagismo no Brasil é prevalente em indivíduos com menor escolaridade e grupos de baixa renda (JUSTUS et al., 2020). As PVHIV possuem risco aumentado de desenvolver manifestações bucais quando apresentam baixas contagens de CD4, alto nível de carga viral no organismo, baixa renda e escolaridade, assim como dependência de tabaco e álcool (PETRUZZI et al., 2013).

Observou-se que 60 indivíduos (62,50%) consultaram um dentista há menos de 1 ano. Destes 42 (43,75%) relataram ter buscado tratamento preventivo. Diferentemente do presente estudo Almeida et al. (2018) verificaram que apenas (29,2%) disseram buscar regularmente atendimento odontológico para prevenção em saúde bucal. Além da ida regular ao dentista, comportamentos saudáveis, como escovar os dentes todos os dias, contato com fontes de flúor e consumo moderado de sacarose, são formas eficazes de prevenir as doenças bucais e reduzir custos com serviços de saúde (MENEGAZ et al., 2018).

A promoção da saúde, assim como a saúde bucal se dá através de atividades intersetoriais e não somente pelo setor da saúde. A influência a novos hábitos e comportamentos saudáveis é de responsabilidade de todos os setores envolvidos na manutenção e acompanhamento dos PVHIV/AIDS (IGDDAL, 2016).

Tabela - Distribuição de frequências para variáveis sobre *Condições de saúde bucal*, portadores de HIV, Maringá – PR, 2021.

	n	%
<b>Você considera a sua saúde bucal neste momento</b>		
Boa	32	40,00
Excelente	4	5,00
Muito boa	11	13,75
Regular	23	28,75
Ruim	10	12,50
<b>Com que frequência você escova seus dentes</b>		
Duas vezes ao dia	29	36,25
Mais de duas vezes ao dia	46	57,50
Uma vez ao dia	4	5,00
Uma ou duas vezes por semana	1	1,25

<b>Faz uso do fio dental</b>		
Mais de uma vez ao dia	9	11,25
Raramente ou nunca	31	38,75
Uma ou duas vezes por semana	13	16,25
Uma vez ao dia	27	33,75
<b>Você fuma</b>		
Não	65	81,25
Sim	15	18,75
<b>Onde busca informações sobre saúde</b>		
Internet	21	26,25
Internet/outros	21	26,25
Profissionais de saúde	22	27,50
Outros	16	20,00
<b>Quando foi a última vez que consultou um dentista</b>		
Há mais de 1 ano	31	38,75
Há menos de 1 ano	49	61,25
<b>Para quê</b>		
Dor/Cárie	20	25,00
Estética	6	7,50
Prevenção	35	43,75
Outros	19	23,75

No nosso estudo, observou-se que quanto maior a escolaridade maior é o nível de letramento em saúde bucal ( $p=0,0002$ ). Nossos achados corroboram com a literatura, quanto maior o nível de educação e conhecimento melhor será o desempenho do indivíduo. O mesmo foi observado no estudo desenvolvido na Califórnia utilizando o instrumento REALM-D. Os autores observaram que as pontuações variaram significativamente por nível de educação entre os participantes, conforme aumentava a escolaridade, aumentava o letramento em saúde bucal (ATCHISON et al., 2010). Da mesma forma, no estudo realizado em Belo Horizonte/Minas Gerais, professores com alto grau de escolaridade apresentaram bom nível de conhecimento em saúde bucal, segundo o BREALD-30 (IGDDAL, 2016). O baixo nível de alfabetização e conhecimento podem estar relacionados à adesão aos serviços odontológicos preventivos, dificultando a compreensão das instruções ou a importância de procedimentos preventivos serem realizados (JONES et al., 2007). Dessa forma, maior nível de escolaridade e letramento em saúde bucal podem influenciar o acesso aos serviços odontológicos preventivos e melhorar a comunicação operador-paciente.

Neste estudo os homens apresentaram maiores escores médios de letramento bucal ( $p= 0,0317$ ) quando comparado às mulheres. No estudo desenvolvido por ATCHISON et al. (2010), em que os autores usaram o REALM-D para determinar o letramento, não foi observada nenhuma associação significativa entre idade e sexo. No entanto, esse achado pode estar relacionado com os mesmos fatores que influenciam na qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV, como dependência econômica, sobrecarga com as tarefas do lar, atribuição da infecção em muitas situações ao parceiro e o nível de



escolaridade (LIMA et al., 2011).

Em relação à religião, os participantes classificados no grupo “outros” (ateu, cristão, espírita, sem religião, e teísta), apresentaram maior nível de letramento bucal ( $p=0,0346$ ), quando comparados aos evangélicos

Tabela 4 - Média, desvio-padrão, escore médio dos portadores de HIV, segundo características sociodemográficas,, Maringá – PR, 2021.

Domínio	Média	Desvio-padrão	Escore médio	p-valor
<b>Sexo</b>				
Feminino	21,14	5,75	33,93	0,0317*
Masculino	23,29	5,05	44,04	
<b>Grupo etário</b>				
Até 29	22,89	4,84	38,55	0,0804
De 30 a 39	23,74	5,92	44,16	
De 40 ou +	21,38	5,03	31,07	
<b>Estado civil</b>				
Casado	22,20	5,13	37,90	0,2276
Solteiro	23,04	5,54	43,66	
Outros	20,91	5,11	31,14	
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	19,67	6,09	28,40 <sup>a</sup>	0,0002*
Ensino Médio	22,23	5,12	38,24 <sup>a</sup>	
Ensino Superior	26,15	2,32	57,60 <sup>b</sup>	
<b>Arranjo familiar</b>				
Mora acompanhado	22,34	5,57	39,56	0,5429
Mora sozinho	23,10	4,86	43,14	
<b>Ocupação atual</b>				
Dona de casa	22,20	4,09	35,10	0,2090
Outra	23,35	5,00	44,18	
Pensionista	19,38	4,98	25,19	
Aposentado	20,75	7,54	35,00	
Desempregado	20,50	7,89	34,17	
<b>Situação atual</b>				
Aposentado	19,73	5,90	28,86	0,1673
Desempregado	23,24	6,20	45,76	
Emprego formal	23,08	4,93	42,50	
Emprego informal	21,88	3,76	32,69	
<b>Religião</b>				
Católica	22,02	5,80	38,84 <sup>a</sup>	0,0346*
Evangélica	21,39	4,58	32,89 <sup>a</sup>	
Outras	24,94	4,43	52,17 <sup>b</sup>	

\*significativo ao nível de confiança de 95%. Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney ou teste de Kruskal-Wallis, por nível de BREALD. Escores médios seguidos pela mesma letra não diferem entre si, pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas Dunn.

Em relação ao letramento em saúde bucal e qualidade de vida, não foram observadas diferenças significativas entre os domínios do WHOQOL-HIV brief e os três níveis de classificação do BREALD-30 ( Tabela 5).

Tabela 5 - Média, desvio-padrão, escore médio, teste de Kruskal-Wallis por domínios do WHOQOL-HIV e p-valor para escores do BREALD, portadores de HIV, Maringá – PR, 2021.

Domínio	BREALD	Média	Dp	Escore médio	p-valor
Físico	Alta	16,00	2,60	36,75	0,6214
	Baixa	16,73	2,65	43,44	
	Moderada	16,29	2,87	40,45	
Psicológico	Alta	15,28	2,52	37,85	0,7641
	Baixa	15,29	2,93	39,90	
	Moderada	15,44	3,21	42,51	
Nível de independência	Alta	15,60	2,91	42,97	0,8459
	Baixa	15,65	2,28	40,23	
	Moderada	15,24	2,86	39,25	
Relações sociais	Alta	15,75	2,24	43,07	0,8464
	Baixa	15,38	2,84	39,67	
	Moderada	15,44	2,52	39,62	
Espiritualidade	Alta	14,00	4,12	32,95	0,2396
	Baixa	15,69	3,70	42,98	
	Moderada	15,82	3,83	43,02	
Ambiente	Alta	15,30	2,07	44,22	0,2469
	Baixa	14,35	2,27	34,29	
	Moderada	15,01	2,86	43,06	
Qualidade de vida geral	Alta	14,73	1,92	37,57	0,7431
	Baixa	14,84	1,90	40,06	
	Moderada	14,90	2,35	42,56	

\*significativo ao nível de confiança de 95%

Neste estudo observou-se que não foi encontrada associação entre o instrumento BREALD-30 e WHOQOL-HIV bref. Sugere-se que outros instrumentos e estudos sejam realizados com PVHIV para que possíveis associações sejam estudadas. Quanto às limitações do estudo, não foi possível realizar o exame clínico bucal para comparação com a autopercepção dos participantes em relação à condição de saúde bucal e o nível de letramento. O período do estudo não possibilitou essa análise. O estudo foi realizado durante a pandemia do novo coronavírus que, conseqüentemente, exigiu a implantação de novos protocolos, como o limite no número de atendimentos odontológicos para combate ao novo coronavírus. Vale ressaltar que o BREALD-30 não avalia se o indivíduo possui conhecimento sobre o significado do termo utilizado, entretanto, sabe-se que quanto maior o nível de letramento, de acordo com o BREALD-30 melhor será a comunicação e compreensão do paciente em relação às recomendações de saúde.

## CONCLUSÃO

No nosso estudo foi possível observar que o letramento em saúde está relacionado a escolaridade e sexo. Uma das formas de minimizar as limitações dos indivíduos em relação ao letramento em saúde

bucal é adequar a comunicação entre profissional e paciente. Conseqüentemente as pessoas irão compreender melhor as orientações de saúde impostas e novos hábitos saudáveis podem ser desenvolvidos pelos indivíduos. Apesar de não ter sido encontrada associação significativa entre o WHOQOL-HIV brief e o BREALD-30 os comportamentos sociais e ambientais que afetam a condição de saúde podem ser modificados e dessa forma melhorar a saúde bucal e a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.S., MACIEL, J.A.C., BARBOSA, F.C.B. Autopercepção em saúde bucal de pacientes com hiv/aids acolhidos por casa de apoio. **SANARE Sobral**. v.17 n.02, p.21-29, Jul /Dez. – 2018.
- ATCHISON, K. A., GIRONDA, M, W., MESSADI, D., DER-MARTIROSIAN, C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. **J Public Health Dent**. 70(4): 269–275, 2010. doi:10.1111/j.1752-7325.2010.00181. x.
- ANTUNES, M. L. A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. **XI Jornada APDIS**. 27-28, 2014.
- FIRMINO, R. T., FERREIRA, F. M., PALVA, S. M., GARCIA, A. F. G., FRAIZ, F. C., MARTINS, C. C. Oral health literacy and associated oral conditions a systematic review. **JADA**. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2017.04.012>.
- FIRMINO, R.T., FRAIZ, F.C., MONTES, G.R., PAIVA, S.M., GRANVILLE-GARCIA, A.F., FERREIRA, F.M. Impact of oral health literacy on self-reported missing data in epidemiological research. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1–7, 2018. doi: 10.1111/cdoe.12415.
- FLECK, M.P.A. Instrumento WHOQOL BREF HIV. 2007 [citado em 21 de nov 2019] Disponível em : < <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=3> >.
- HOLTZMAN, J. S., ATCHISON, K. A., MACEK, M. D., MARKOVIC, D. Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. **J Periodontol**. 88(1): 78–88, 2017. doi:10.1902/jop.2016.160203.
- IGDAL, A.L.M. Conhecimento e literacia em saúde bucal de professores do ensino fundamental: o primeiro passo para ações educativas na escola. Belo Horizonte, MG. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2016.
- JONES, M., LEE, J. Y., ROZIER, R. G. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. **JADA**. 138 (9):1199-1208, 2007.
- JUNKES, M.C., FRAIZ, F.C., SARDENBERG, F., LEE, J.Y., PAIVA, S.M., FERREIRA, F.M. Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - BREALD-30. **PLoS ONE**. v. 10, n. 7, p. 1–11, 2015.
- JUSTUS, M., SANT'ANNA, E.G., DAVANZO, E.S., MOREIRA, G.C. Education and smoking behavior in Brazil: decision to smoke and daily cigarette consumption intensity. **Nova Economia**. v.30 n.2 p.679-700, 2020.
- LEE, C., FAN, Y., STARR, J. R., DOGON, L. Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. **Journal of Public Health Dentistry**. 00 00–00, 2016. doi: 10.1111/jphd.12168.
- LIMA, A.L.O., ALBURQUERQUE, V.W.T., SILVA, J.I.B.W., PEIXOTO, F.B., FERREIRA, S.M.S. Percepção sobre saúde bucal de mulheres vivendo com hiv/aids. **Revista Semente**. 6(6), pp. 117-130, 2011.
- MENEGAZ, A.M., SILVA, A.E.R., CASCAES, A.M. Educational interventions in health services and oral health: systematic review. **Rev Saude Publica**. 52: 52, 2018.
- PETRUZZI, M.N.M., CHERUBINI, K., SALUM, F.G., FIGUEIREDO, M.A.Z. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Rev Saude Pública*. 47(1):52-9, 2013.
- STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. **Categorical data analysis using SAS system**. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.

- SOARES, G.B., GARBIN, C.A.S., ROVIDA, T.A.S., GARBIN, A.J.I. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 20 (4):1075-1084, 2015.
- VILELA, K.D., ASSUNÇÃO, L.R.S., JUNKES, M.C., MENEZES, J.V.N.B., FRAIZ, F.C., FERREIRA, F.M. Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies. **Braz. Oral Res.**30(1):e90, 2016. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0090.
- World Health Organization. **Health Promotion Glossary**. Geneva, 1998.
- WANG, C., KANE, R.L., XU, D., MENG, O. (2015). Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. **BMC Women's Health**, 15, 34 ,2015. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0190-5>.

## 7.1 Normas do artigo 2.

### DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins

#### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

O trabalho submetido pertence a um dos eixos prioritários de DESAFIOS: Ciências Humanas e Contemporaneidade; Saúde e Sociedade; Educação; Ciência, Tecnologia e Ciências Agrárias. A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem: Título no idioma do artigo, em inglês e espanhol. Se o artigo for redigido em Inglês deve apresentar também o título em Português e Espanhol; Resumo em 200 palavras acompanhado de três palavras-chave, Abstract/Resumen e três palavras-chave em inglês e espanhol; Texto completo do artigo, escrito em Times New Roman, 11 pt, com espaçamento de 1,5; Figuras, tabelas, quadros e gráficos devem incluir legenda no idioma do artigo; As tabelas e ilustrações devem ser inseridas no texto (.jpeg, .png, .tiff) com resolução mínima de 300 dpi.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em *Assegurando a Avaliação Cega por Pares*. Esta identificação será incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação.

As citações de mais de 3 linhas devem ser digitadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto. As citações de até três linhas devem integrar o corpo do texto e ser assinaladas entre aspas.

São consideradas referências somente as obras mencionadas no interior do texto. As referências devem ser digitadas em fonte Times New Roman, em corpo 11 pt, com espaçamento simples entre as linhas e organizadas em ordem alfabética. As referências, no fim do trabalho, devem ter os dados completos e seguir as normas para trabalhos científicos que estão publicadas no site da revista. Cada referência deve ocupar um parágrafo e deve estar separada por um espaço simples.

O modelo de artigo utilizado está disponível em formato do novo template da revista Desafios.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Submissão.

#### Diretrizes para Autores

##### Instruções gerais para publicação na Revista Desafios (UFT)

A Revista Desafios destina-se à publicação de trabalhos inéditos e originais, resultantes de pesquisas e estudos teóricos ou empíricos, revisões preferencialmente as sistemáticas, relatos de casos e experiências.

Autores que pretendem submeter Revisões, Relatos de Casos e Experiências, deverão encaminhar e-mail para a revista, contendo Título, Resumo, Autores e Filiação, para uma avaliação prévia, a fim de identificar se há interesse da revista na temática da revisão antes de sua submissão.

A Revista não aceita trabalhos encaminhados simultaneamente para outras revistas ou para livros. A Revista é trimestral com publicações de forma continuada, podendo ainda apresentar publicações de Dossiê ou números Suplementares.

O processo de submissão e avaliação de artigos encaminhados à Revista é recebido através do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista (SEER). A publicação de um artigo implica a cessão integral dos direitos autorais à Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, para divulgação impressa e por meio eletrônico - internet.

A Revista Desafios publica artigos originais e inéditos, referentes à área interdisciplinar, considerando a linha editorial da Revista, tratamento dado ao tema, consistência e rigor. Os artigos deverão ser destinados com exclusividade.

Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos, resumo, relato de caso ou experiência.

Os trabalhos deverão ser enviados ao Presidente da Comissão Editorial, via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas. Os artigos serão encaminhados, sem identificação, a no mínimo, dois avaliadores externos. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. O nome dos avaliadores será mantido em sigilo.

A Revista, através do editor, notificará o autor principal se o artigo foi aprovado para publicação ou rejeitado. A notificação será acompanhada de cópia do conteúdo dos pareceres, sem a identificação dos avaliadores.

Recomendações:

MODELO / TEMPLATE: O TEXTO DEVERÁ SER SUBMETIDO NO MODELO DISPONIBILIZADO NESTE LINK - TEMPLATE.

Extensão: O texto deverá ter extensão máxima de 20 páginas, com espaçamento de 1,5 incluídas as referências bibliográficas e notas. O título (no idioma original, em Inglês e em Espanhol) devem conter no máximo 240 caracteres incluindo espaços.

Imagens: as imagens, figuras, imagens fotográficas e/ou desenhos gráficos, deverão ser encaminhados inseridos no texto, com resolução mínima de 300 dpi.

Tabelas e Quadros: As tabelas e quadros também devem ser encaminhadas inseridas no texto.

Citações: as citações no interior do texto devem obedecer às seguintes normas:

Um autor: (Leipnitz, 1987).

Dois autores: (Turner e Verhoogen, 1960).

Três ou mais autores: (Amaral *et al.*, 1966).

Trabalhos com o(s) mesmo autor(es) e mesma data devem ser distinguidos por letras minúsculas logo após a data. Ex: (Amaral, 2008a) (Amaral, 2008b).

Apresentação das citações diretas:

Citações com menos de três linhas deverão ser incorporadas ao texto entre aspas.

Citações com mais de três linhas deveram ser apresentadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 10 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto.

Notas de rodapé: As notas de rodapé devem ser usadas de forma parcimoniosa. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'.

Não utilize as expressões *op. Cit, id, idem*.

Não utilize a expressão *apud*, dê preferência pelo emprego da expressão *in*.

Referências Bibliográficas:

Artigos em periódico:

Ex. DUNN, W.E.; LANTOLF, J.P. Vygosty's zone of proximal development and Krashen's i+1: incommensurable constructs. incommensurable theories. *Language Learning*, v.48, n.3, p.411-442, 1998.

Artigos relativos a eventos:

Ex. BIONDI, J.C. Kimberlitos. *In*. CONGRESSO BRASILEIRO DE GEOLOGIA, 32, Salvador, Anais. SBG, v. 2, p.452-464, 1982.

Artigos em coletânea:

Ex: GRANDO, A. Os reality shows. *In*: V. HOEWELL (org.), Coletânea GT Produção de sentido nas mídias. UNICAD, p. 75-81, 2003.

Livros:

Ex: TURNER, F.J. WERHOOGEN, J. *Igneous and Metamorphic Petrology*. 20 ed., New York, McGraw-Hill; 1960.

Capítulos de livros:

Ex: DONATO, R. Collective scaffolding in second language learning. *In*: J. LANTOLF; G. APPEL (eds.), *Vygotskian Approaches to Second Language Research*. Norwood, Ablex Publishing Company, p. 33-56; 1994.

Dissertações e Teses:

Ex: TAGLIANI, C.R.A. Proposta para o manejo integrado da exploração de areia no município costeiro de Rio Grande - RS. Um enfoque sistêmico. São Leopoldo, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS; 1997.

Citações de Sites e textos eletrônicos:

Caso seja possível identificar os autores de textos eletrônicos, a referência deve ser feita do seguinte modo:

Ex: LENKER, A. RHODES, N. 2007. Foreign Language Immersion Programs: Features and Trends Over 35 Years. Disponível em: <http://www.cal.org/resources/digest/flimmersion.html>.

Acesso em: 28/04/2007.

\* Neste caso, no corpo do texto, a referência é identificada por (Lenker e Rhodes, 2007).

Se não for possível identificar os autores de textos eletrônicos, deve-se fazer a referência do seguinte modo:

Ex: GLOBO ONLINE, O. 2006. **Brasil será o país com mais sedes do Instituto Cervantes**. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/cultura/mat/2006/10/25/286393283.asp>. Acesso em: 05/04/2008.

\* No corpo do texto a citação será (O Globo Online, 2006).

Jornais e revistas, órgãos e instituições:

Todos os textos de jornais e revistas devem constar nas referências bibliográficas. Caso haja autor explícito, a referência é feita pelo seu sobrenome:



Ex: MICELLI, S. 1987. Um intelectual do sentido. Folha de S. Paulo. Caderno Mais! São Paulo, 7 fev.

\* No corpo do texto, indica-se (Micelli, 1987).

Caso não haja um autor e o texto seja de responsabilidade do órgão, faz-se a referência assim: Fonte (Órgão, Instituição, etc.). Ano de publicação. Título do texto. Cidade, dia mês (abreviado), p. número da página.

Ex: CORREIO DO POVO. 1945. Os métodos objetivos de verificação que empregamos no RS. Porto Alegre, 5 out., p. 14.

\* No corpo do texto, indica-se (Correio do Povo, 1945).

#### Taxas

Nenhuma taxa é cobrada no processo de submissão.

#### Artigos

Os artigos publicados são originais, uma contribuição de caráter acadêmico e/ou técnico-científico destinada a divulgar resultados de pesquisa científica, de natureza empírica ou conceitual.

#### Entrevista

As entrevistas são publicadas com o objetivo de divulgar temas e/ou conteúdos de interesse, dentro das cinco áreas de concentração da revista, dentro de um enfoque interdisciplinar.

#### Resenhas

As resenhas são uma análise crítica sobre livro publicado nos últimos 3 anos.

#### Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License (CC BY-NC 4.0), permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto posterior ao processo editorial.

4. Além disso, o AUTOR é informado e consente com a revista que, portanto, seu artigo pode ser incorporado pela DESAFIOS em bases e sistemas de informação científica existentes (indexadores e bancos de dados atuais) ou a existir no futuro (indexadores e bancos de dados futuros), nas condições definidas por este último em todos os momentos, que envolverá, pelo menos, a possibilidade de que os titulares desses bancos de dados possam executar as seguintes ações sobre o artigo:

a. Reproduzir, transmitir e distribuir o artigo, no todo ou em parte sob qualquer forma ou meio de transmissão eletrônica existente ou desenvolvida no futuro, incluindo a transmissão eletrônica para fins de pesquisa, visualização e impressão;

b. Reproduzir e distribuir, no todo ou em parte, o artigo na impressão.

c. Capacidade de traduzir certas partes do artigo.

d. Extrair figuras, tabelas, ilustrações e outros objetos gráficos e capturar metadados, legendas e artigo relacionado para fins de pesquisa, visualização e impressão.

e. Transmissão, distribuição e reprodução por agentes ou autorizada pelos proprietários de distribuidoras de bases de dados.

f. A preparação de citações bibliográficas, sumários e índices e referências de captura relacionados de partes selecionadas do artigo.

g. Digitalizar e / ou armazenar imagens e texto de artigo eletrônico.

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## 8 ARTIGO 3

### BARREIRAS NO ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/ AIDS

#### *BARRIERS IN ACCESS TO DENTAL CARE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV / AIDS*

#### **RESUMO**

Este estudo descreve as barreiras para acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (PVHIV/AIDS) sob a ótica dos pacientes. Foi realizada uma pesquisa qualitativa desenvolvida em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST AIDS/Hepatites Virais. Os dados foram coletados por meio de questionário e entrevistas áudio gravadas, seguindo as etapas propostas por Bardin. Participaram da pesquisa 31 PVHIV/AIDS. Observou-se que não são todos os participantes que relatam o diagnóstico de HIV/AIDS ao dentista, seja por vergonha, medo do estigma e discriminação ou por não acharem necessário. Por outro lado, algumas pessoas relataram não perceber atitudes discriminatórias quando relatado o diagnóstico. A revelação do diagnóstico está relacionada à confidencialidade e exposição para os familiares ou pessoas que fazem parte da mesma comunidade (cidade). As principais dificuldades relatadas pelos participantes para acesso à assistência odontológica foram a demora no atendimento pelo Serviço Público de Saúde, questão financeira no privado e restrição de procedimentos. Os resultados evidenciam que o acesso à assistência odontológica por PVHIV/AIDS ainda não é totalmente eficaz, embora alguns empecilhos para seu atendimento não difiram da população em geral. O estigma e o preconceito ainda estão presentes nos serviços exercidos por profissionais de saúde, bem como a necessidade de maior conhecimento sobre o HIV/AIDS pelos profissionais e mudança no comportamento tanto do profissional quanto de PVHIV.

Palavras-chave: Odontologia, Estigma, Confidencialidade.

#### **ABSTRACT**

This study describes the barriers to access dental care for people living with the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome (PLHIV / AIDS) from the perspective of patients. A qualitative research was carried out in a Specialized Assistance Service (SAE) in STI AIDS / Viral Hepatitis. Data were collected through a questionnaire and recorded audio interviews, following the steps proposed by Bardin. 31 PLHIV / AIDS participated in the research. It was observed that not all participants report the diagnosis of HIV / AIDS to the dentist, either because of shame, fear of stigma and discrimination or because they do not think it necessary. On the other hand, some people reported not perceiving discriminatory attitudes when the diagnosis was reported. The disclosure of the diagnosis is related to confidentiality and exposure to

family members or people who are part of the same community (city). The main difficulties reported by the participants for access to dental care were the delay in service by the Public Health Service, financial issues in the private sector and restrictions on procedures. The results show that access to dental care for PLHIV / AIDS is not yet fully effective, although some obstacles to its care do not differ from the general population. Stigma and prejudice are still present in the services provided by health professionals, as well as the need for greater knowledge about HIV / AIDS by professionals and changes in the behavior of both professionals and PLHIV.

Keywords: Dentistry, Stigma, Confidentiality.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que haja 38 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo destes, 1,7 milhão de novas infecções pelo HIV (UNAIDS, 2019). No Brasil, de 1980 a junho de 2020, foram detectados 1.011.617 casos de AIDS (BRASIL, 2020). Apesar do alto número de casos registrados, desde o ano de 2012, observa-se diminuição dos casos de AIDS no Brasil, embora os números oscilem em diferentes regiões do país.

Associado ao HIV/AIDS o preconceito e o estigma estão presentes no cotidiano desta população. O medo da rejeição social, a dificuldade de dialogar sobre o assunto com parentes, o sentimento de culpa pela transmissão e difusão do vírus faz com que as pessoas optem por manter o sigilo do diagnóstico de HIV/AIDS (MACIEL et al., 2019; PAROLA, ZIHLMANN 2019). Além disso, o preconceito e estigma relacionados à doença estão presentes entre os profissionais de saúde, com atitudes negativas e recusa no atendimento a PVHIV/AIDS (PAROLA, ZIHLMANN 2019; LEE, FAN, STARR, DOGON 2016).

A postura de alguns profissionais da saúde é uma das dificuldades que PVHIV/AIDS enfrentam para receberem atendimento odontológico (LEE, FAN, STARR, DOGON 2016). Segundo Discacciati (2001), a recusa do atendimento odontológico ou comportamentos negativos por parte dos profissionais está relacionada com falta de preparo psicológico, medo da contaminação pelo HIV e medo de perder outros pacientes. No entanto, os profissionais de saúde devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados e as medidas de biossegurança devem ser adotadas em todo e qualquer atendimento (DISCACCIATI, VILAÇA 2001).

No Brasil a Lei <sup>o</sup> 12.984 estabeleceu como crime, a discriminação contra pessoas vivendo com HIV / AIDS. Dentre os crimes citados, destaca-se “recusar ou retardar atendimento de saúde”. Ainda, afim de seguir os parâmetros éticos, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) elaborou o Código de Ética Odontológica (CEO) que regulamenta os direitos e deveres do cirurgião dentista, e caracteriza como preceito ético, exercer a profissão sem discriminação de qualquer forma ou pretexto (capítulo I, artigo 2<sup>o</sup>). De acordo com o CFO, constitui infração ética, revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício da profissão (capítulo VI, artigo 14<sup>o</sup>).

Além dos deveres por parte dos profissionais, PVHIV / AIDS tem direito de comunicar, seu estado de saúde e os resultados dos testes realizados apenas às pessoas que desejarem (UNAIDS, 2019). Segundo Lee et al., (2016), o conhecimento e treinamento por parte dos cirurgiões dentistas sobre HIV /AIDS está associado a atitudes positivas por parte dos profissionais. Dessa forma, a aquisição de conhecimento sobre a doença é essencial uma vez que os cirurgiões dentistas desempenham um papel importante para manter bons resultados de saúde (BRONDANI et al., 2016).

Considerando a importância da manutenção da saúde e que o HIV/AIDS é atualmente um dos maiores problemas sociais e de saúde pública mundial (DISCACCIATI, VILAÇA 2001), o presente estudo teve como objetivo avaliar o acesso à assistência odontológica de PVHIV/AIDS. Para tanto, utilizou-se as seguintes questões: a) você costuma relatar para o dentista o diagnóstico de HIV/AIDS? b) você sofreu algum tipo de discriminação após relatar ser portador de HIV/AIDS? c) quais as principais dificuldades encontradas para acesso a atendimento odontológico?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada entre outubro de 2020 a janeiro de 2021. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada áudio gravadas. Foram entrevistadas PVHIV/AIDS do Serviço de Assistência Especializada (SAE), sendo este referência no atendimento a PVHIV/AIDS da 15<sup>o</sup> Regional de Saúde do estado do Paraná.

Este estudo é parte de uma dissertação de mestrado em que 96 PVHIV/AIDS participaram da pesquisa completa. Desses 37 foram convidados e aceitaram participar desta etapa da pesquisa. Para avaliação e melhor elaboração das perguntas, realizou-se estudo piloto com os 6 primeiros participantes entrevistados. Com base nisso, uma pequena alteração foi realizada. Dessa forma, foram considerados 31 PVHIV/AIDS para análise dos resultados.

Os participantes do estudo foram 27 adultos com idade entre 18 e 59 anos e 4 idosos com idade acima de 60 anos que vivem com HIV/AIDS, em acompanhamento pelo SAE. Os critérios de inclusão foram pacientes adultos (idade  $\geq$  18 a 59 anos) e idosos (idade  $\geq$  60 anos) vivendo com HIV/AIDS, cadastrados no SAE. Foram excluídos indivíduos que apresentassem qualquer tipo de condição cognitiva que impedisse a compreensão ou aplicação dos procedimentos de pesquisa (deficiência visual e auditiva).

Para verificar como as PVHIV/AIDS percebem os entraves para o acesso ao atendimento odontológico foram realizadas entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas. As entrevistas foram encerradas mediante constatação da saturação de informações, ou seja, quando a pesquisadora percebeu o alcance do objetivo proposto ou quando houver repetição do conteúdo. As gravações das entrevistas foram transcritas na íntegra e em respeito ao sigilo e anonimato dos declarantes, os participantes foram codificados com a letra “E”, à menção de “Entrevistado”, seguido de um número arábico referente à sequência das entrevistas.

Para iniciar a entrevista, as questões utilizadas foram: a) você costuma relatar para o dentista o diagnóstico de HIV/AIDS? b) você sofreu algum tipo de discriminação após relatar ser portador de HIV/AIDS? c) quais as principais dificuldades encontradas para acesso a atendimento odontológico?

O procedimento seguiu as etapas propostas por Bardin (2014): pré-análise, exploração do material (codificação), e tratamento de resultados (inferência e interpretação).

A pesquisa foi aprovada em 18 de março de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da Universidade Cesumar (UniCesumar), CAAE nº 29787320.3.0000.5539, parecer 3.922.245.

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 16 (52%) mulheres e 15 (48%) homens. A média de idade foi 43 anos (variação = 21-69). A amostra consistia principalmente de participantes solteiros (as) 16 (52%). No que diz respeito à escolaridade, 11 (35%) possuíam ensino fundamental, 7 (23%) ensino médio, 13 (42%) ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de HIV, segundo variáveis sociodemográficas, Maringá – PR, 2020.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Femino	16	52
Masculino	15	48
<b>Grupo etário (anos)</b>		
≤ 29	8	25
30 a 39	3	10
40 ou +	20	65
<b>Estado civil</b>		
Casado	5	16
Solteiro	16	52
outros	10	32
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	11	35
Ensino Médio	7	23
Ensino Superior	13	42
<b>Arranjo familiar</b>		
Mora acompanhado	20	65
Mora sozinho	11	35
<b>Situação atual</b>		
Aposentado	7	23
Desempregado	10	32
Emprego formal	10	32
Emprego informal	4	13
<b>Religião</b>		
Católica	17	55
Evangélica	8	26
outras	6	19

A maioria dos participantes, 28 (90%), quando questionados sobre a condição geral de saúde, relatou se considerar saudável e 3 (10%) doentes. Destes indivíduos 30 (97%) relataram fazer uso da terapia antirretroviral. Questionados sobre a auto percepção sobre a condição de saúde bucal, 10 (31%) dos indivíduos consideraram ter boa saúde bucal, 8 (26%) regular, 5 (16%) muito boa, 5 (16%) ruim e 3 (10%)

excelente. Destes, 22 (71%) relataram que sua última consulta odontológica foi há menos de um ano. Os principais motivos da consulta ao dentista foram prevenção, cárie, dor e estética.

Dessa forma, a partir da análise temática das entrevistas emergiram 3 unidades temáticas. 1) Revelação do diagnóstico de HIV aos serviços de saúde, com ênfase ao cirurgião dentista; 2) Atitudes negativas pelos profissionais de saúde; 3) Dificuldades no atendimento odontológico. Todas as categorias foram exploradas separadamente nos resultados.

### **Revelação do diagnóstico de HIV aos serviços de saúde, com ênfase ao cirurgião dentista**

Essa categoria explorou se os pacientes relatam aos serviços de saúde o diagnóstico de HIV/AIDS, principalmente aos cirurgiões dentistas.

Nota-se nas entrevistas, que não são todos os pacientes que se sentem à vontade para relatar para o profissional de saúde ou cirurgião dentista seu estado sorológico. A maioria opta por não revelar o diagnóstico de HIV ao cirurgião dentista, seja por medo do profissional não manter sigilo, não gostar de falar no assunto ou até mesmo achar desnecessário. Poucos participantes relatam ao cirurgião dentista o diagnóstico de HIV, principalmente em situações que envolvam o uso de perfuro cortante.

*“Todo e qualquer profissional que eles tenham que manipular perfuro cortante comigo, eu aviso, com relação.”E4*

*“Sim. Logo que eu fui fazer já falei né ... Eu tenho uma grande dificuldade em falar sobre isso ... Eu sei que as pessoas têm muito preconceito, então isso me faz muito mal.”E6*

*“Não. É meu parente ... Meus pais não sabem, então tipo tem um pequeno número de pessoas que sabe.”E7*

*“Não. Porque não teve necessidade ainda, de marcar uma consulta que tivesse corte, essas coisas.”E19*

*“Não. Por que assim, geralmente eu escondo da minha família, né. Aí eu levo esse tratamento escondido da minha família. Quanto menos pessoas saber, melhor.”E24*

*“Não. Porque eu não me sinto bem. Me faz mal e onde eu convivo, se vazar ali, eu vou ficar pior do que o chão. Porque é uma cidade pequena e o pessoal não aceita, porque querendo ou não dentro da área da saúde acaba vazando.”E26*

*“Não. Meu dentista trabalha com muitas atendentes. Daí eu senti que poderia espalhar, em cidade pequena.”E27*



*“Sempre relato. Falo que tenho. Eu já falo pra eles tomarem mais cuidado.”E28*

### **Atitudes negativas pelos profissionais de saúde**

Essa categoria explorou se os participantes perceberam atitudes negativas por profissionais de saúde após relatar ser portador de HIV/AIDS.

Nota-se nas entrevistas que a maioria dos participantes já vivenciaram situações que consideraram constrangedoras após revelar o diagnóstico de HIV. Alguns relataram se sentirem melhor atendidos no Serviço de Assistência Especializada, pois, o (a) profissional já possuía conhecimento do diagnóstico de HIV/AIDS.

*“Não. De jeito nenhum ... Aqui os prontuários vai tudo na mão da dentista, muito bom ... Depois que eu descobri esse problema eu não fui em dentista mais nenhum, só aqui.”E2*

*“Se falar, tem uns que não quer atender. Já aconteceu com meu marido quando ele era vivo, ele tava com muita dor no dente, tava inchado assim quando desinchou, ele foi na dentista e ela disse que não podia mexer por conta disso. Extrair, arrancar o dente não podia.”E10*

*“Ah, eu não sei, se olhares são discriminação, ... Tratamento diferente não sabe, mas acho que elas ficaram meia com dó, sabe. Uma pena, sabe, ...”E16*

*“Olha, falar bem a verdade da minha própria irmã, sim no começo. Insegurança, um receio muitas vezes, tipo assim como é cidade pequena onde ela me atende que é na casa dos meus pais, então, tem uma auxiliar, por exemplo ela deixa pra me atender no domingo pra auxiliar não ta junto sabe, por medo ou receio. Isso me incomoda um pouco, mas é um jeito dela.”E17*

*“Sim ... Agiu indiferente ... Por isso nem falo mais. E venho procurar aqui e daí não tem aqui, eu também não vou pra lugar nenhum, só por causa disso. Interferiu na minha higiene bucal, no meu tratamento bucal.” E21*

*“Olha, eu percebi no atendimento ... Percebi assim, você fica meio que, por que no começo começou adiar né. Adia o dia de me atender, comecei observar, será que é isso que interfere, aí quando ela me atendeu, ficou meia assim ... Acho eu, que tem a ver um pouquinho, não sei se é medo.”E22*

*“Já. Hora que eu falei, eles meio que no primeiro momento eles levaram um susto, meio que fechou a cara eu notei. Mas depois acho que só foi um susto, depois me tratou bem.” E29*

*“Sim ... Já olhou pra outra que tava do lado, fez uma cara, assim tipo. Aquilo fez eu me senti mal, parecia que eu tava assassinando alguém ali na hora ... Se eles tomam todo cuidado, porque a gente tem que tá falando, né. Tudo é esterilizado né, mas eu me senti assim meio, deu vontade de levantar e sair*

*e ele tava fazendo um canal no meu dente. Eles não chegaram a falar nada, mas a expressão que fizeram um pro outro, eu me senti mal na hora.”E31*

### **Dificuldades no atendimento odontológico**

Esta categoria buscou explorar as principais dificuldades que os participantes encontram para o acesso ao atendimento odontológico.

As principais dificuldades relatadas pelos participantes para acesso à assistência odontológica foram a demora no atendimento pelo Serviço Público de Saúde, questão financeira no privado e restrição nos procedimentos. Muitos participantes não relataram dificuldades para o acesso ao tratamento odontológico.

*“Muita restrição, faz, não faz. Isso não faz no posto de saúde, isso não dá.”E1*

*“Bom. Na pública a gente sabe que é mais demorado ... Particular é só quem tem mesmo uma condição melhor.”E12*

*“No posto demora muito.”E14*

*“No SUS é demorado, né. Aqui é tranquilo, mas no SUS, é demorado. E particular, mesmo sendo particular quando você fala que é HIV pra proteger o profissional, tem essas coisas chata, né.”E21*

*“Particular eu acho pelo preço, pela condição que a gente tem social né. Não tem uma escala financeira boa pra gastar. E no SUS é um sistema básico né, mas é bom.”E28*

## **DISCUSSÃO**

Cerca de 70% das PVHIV/AIDS apresentam manifestações bucais da infecção e normalmente o dentista é o primeiro a diagnosticar, devendo discutir as descobertas com seus pacientes (NAIDOO; VERNILLO, 2012). No entanto, revelar o diagnóstico de HIV/AIDS aos profissionais de saúde e a comunidade é um momento delicado, considerando o estigma, preconceito, medo de revelação, vergonha internalizada e experiências de discriminação dentro e fora do ambiente de saúde que pode dificultar a procura por cuidados (CHAMBERS et al., 2015).

A análise dos dados da entrevista mostrou que muitos participantes optam por não revelar o diagnóstico de HIV/AIDS aos cirurgiões-dentistas, por questões relacionadas à privacidade e confidencialidade. Assim, nessas categorias serão discutidas as experiências dos participantes em relação à revelação do diagnóstico de HIV/AIDS

aos serviços de saúde, com ênfase aos cirurgiões dentistas; atitudes negativas de profissionais de saúde e as principais dificuldades na busca de atendimento odontológico.

Os relatos apontam que alguns participantes não relatam o diagnóstico de HIV/AIDS aos dentistas, uma vez que os mesmos revelam levar o tratamento escondido e que falar sobre o HIV gera desconforto, ocasionado pelo preconceito, medo e vergonha. Estes resultados vão de encontro com a literatura na qual participantes relataram não revelar a sorologia para o dentista, pois alguns profissionais evitam o contato após a descoberta do HIV/AIDS (ZUKOSKI et al., 2009). A revelação do diagnóstico de HIV pode estar relacionada ao nível de conhecimento que o indivíduo tem sobre o HIV, dessa forma a idade pode ser um fator significativo na revelação do diagnóstico. No estudo realizado por Edwards et al., (2013) participantes jovens com diagnóstico recente de HIV não revelaram seu histórico médico ao dentista, em contrapartida participantes mais velhos com diagnóstico de HIV revelaram seu histórico médico ao dentista.

Em nosso estudo, um dos motivos de não revelar o diagnóstico ao dentista, é realizar o tratamento de HIV/AIDS escondido da família. Não revelar ao dentista é uma maneira de evitar que outras pessoas tenham conhecimento do seu estado de saúde. Edwards et al. (2013) verificaram que indivíduos que revelam para amigos e familiares são mais propensos a revelar também para seu dentista. Da mesma forma, no nosso estudo foi possível observar que alguns participantes escondem o tratamento dos familiares e conseqüentemente do dentista, para evitar que os familiares tenham conhecimento da sorologia positiva para o HIV.

Apesar de as PVHIV/AIDS terem direito à privacidade e de a violação deste direito com divulgação de informações confidenciais, constituir um ato ilícito (NAIDOO; VERNILLO, 2012), as PVHIV/AIDS, como alternativa para que os familiares não descubram o diagnóstico de HIV, optam por buscar dentistas diferentes dos que atendem sua família (EDWARDS et al., 2013). A falta de sigilo e discriminação são fatores que provocam relutância dos indivíduos em procurar atendimento odontológico (COULTHARD et al., 2020).

Os resultados deste estudo também mostram medo do diagnóstico de HIV ser espalhado em pequenas comunidades. Chambers et al., (2015) descreveram em seu

estudo, que algumas práticas como adiar a divulgação do diagnóstico aos profissionais de saúde, usar cuidados informais de saúde, escolher hospitais maiores, evitar organizações relacionadas ao HIV e atendimento especializado, além de procurar cuidados de saúde fora da sua comunidade são maneiras de tentar evitar o estigma. De acordo com os autores, o estigma é impactante na saúde e bem-estar das PVHIV.

Foi possível observar que a revelação do diagnóstico de HIV, está associada aos procedimentos que serão realizados pelos profissionais de saúde, como atendimento que envolva materiais perfurocortantes e que exigem mais cuidado por parte dos profissionais. No estudo desenvolvido por Edwards et al., (2013) os autores observaram que a maioria dos participantes utilizou o risco de transmissão como fator motivador para a revelação ao dentista. Neste estudo, foi possível perceber que a revelação do diagnóstico de HIV está relacionada ao medo de transmissão da doença e não com os cuidados em relação às lesões bucais que podem acometer a cavidade bucal. No entanto, o risco de transmissão na odontologia é mínimo quando utilizado técnicas e protocolo de barreira adequados (NAIDOO; VERNILLO, 2012). É importante destacar que, apesar de serem vítimas de preconceitos por parte dos profissionais de saúde e de terem acesso negado aos serviços de saúde devido à sua condição de saúde, as PVHIV/AIDS têm preocupação em transmitir o vírus aos mesmos profissionais que negam cuidados em saúde a elas.

O atendimento odontológico no SAE foi bem visto por alguns participantes, pois, não era preciso falar sobre o HIV ao profissional, pelo fato do mesmo já possuir conhecimento através do prontuário. Além do atendimento odontológico, oferecido pelo SAE existem ambientes de apoio para pessoas vivendo com HIV que podem ser uma alternativa para evitar o isolamento e dessa forma propiciar a interação entre os indivíduos e preencher as lacunas deixadas por parceiros, amigos e familiares (CHAMBERS et al., 2015). A rejeição social por parte de amigos e familiares, como a perda de amigos e a solicitação para tomar precauções com seus familiares é uma das principais formas de estigma (ZUKOSKI et al 2009).

Segundo Jessani et al. (2019), a maioria dos participantes de seu estudo relataram ter apoio social e ter alguém em quem confiar para conversar sobre os problemas relacionados ao HIV. No entanto, um achado importante observado pelos autores foi

que mesmo possuindo apoio social e alguém em quem confiar, mais da metade dos participantes sofreu estigma e discriminação por parte do dentista devido ao seu estado sorológico. O estigma e a discriminação são relatados na literatura, corroborando com o nosso estudo, visto que foi possível perceber, embora nem todos os participantes tenham relatado, que ainda estão presentes na nossa sociedade e nos setores da saúde, responsáveis pelo atendimento à toda a população.

Nosso estudo mostrou que alguns participantes já vivenciaram situações constrangedoras durante o atendimento odontológico ou por outros profissionais de saúde. Situações como recusa do atendimento odontológico, receio e medo por parte do profissional, adiamento da consulta e expressões que provocaram desconforto ao participante. Vivenciar o estigma no ambiente de saúde, pode tornar a revelação mais difícil em outras circunstâncias, seja no ambiente social ou profissional e esta situação impacta diretamente na adesão ao tratamento. Entretanto, atitudes consideradas positivas para um profissional de saúde podem ser estigmatizantes para PVHIV/AIDS, principalmente se essas atitudes refletirem em experiências anteriores negativas (CHAMBERS et al., 2015).

Apesar disso, por outro lado, também foi possível observar relatos positivos em relação ao atendimento odontológico. Alguns participantes relataram não ter sofrido nenhum um tipo de discriminação por parte do profissional mas sim atendimento normal, com todo cuidado e atenção. No estudo desenvolvido por Coulthard et al., (2020) os autores observaram que os dentistas ainda hesitam em tratar pacientes com HIV, embora tenham conhecimento teórico e sobre manifestações clínicas. Nesse sentido são necessárias melhorias em relação à ética e ao estigma. Os cuidados de saúde bucal devem ser fornecidos a todos os indivíduos de forma justa, individual e sem discriminação.

Em relação às dificuldades encontradas para acesso ao tratamento odontológico, podemos notar que a situação financeira foi uma das dificuldades citadas pelos participantes, assim como a demora e a restrição no atendimento ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No estudo desenvolvido por Jessani et al., (2019) um pouco mais da metade das PVHIV, relataram evitar o tratamento odontológico devido ao custo. Vale ressaltar que no Brasil, apesar das dificuldades do sistema público de Saúde, o SUS oferta atendimento odontológico a toda a população, inclusive no SAE

a todas as PVHIV/AIDS de forma que o custo dos serviços não seja uma barreira para o atendimento odontológico. O atendimento no SAE atende ao princípio da equidade, proporcionando melhor acesso a esta população que mais precisa. Outras dificuldades também foram citadas por Parish et al. (2015) como a dificuldade em encontrar um dentista disposto a tratar indivíduos infectados pelo HIV, longas esperas no consultório odontológico, transporte, ansiedade e medo de dor e agulhas.

O acesso de PVHIV/AIDS ao atendimento e tratamento odontológico deve ser digno e humanizado, sem discriminação e preconceito. O atendimento odontológico é essencial à toda população, em especial a pessoas que possuem predisposição a apresentar lesões na cavidade bucal, como no caso de PVHIV/AIDS. No nosso estudo, observou-se que ainda é necessário melhor entendimento sobre o HIV/AIDS pelos profissionais de saúde, assim como conhecimento a respeito de cuidados clínicos e éticos que envolvem a doença, para que, dessa forma, possa ser oferecido atendimento igualitário a todos os indivíduos. Além do conhecimento por parte dos profissionais, é necessária orientação a toda população em relação aos cuidados e à prevenção para conter a disseminação do HIV. Da mesma forma, é importante que as PVHIV/AIDS sejam orientadas sobre os cuidados necessários em relação à saúde bucal e sobre a predisposição para o aparecimento de lesões na cavidade bucal. Orientar que em muitas situações é importante o dentista ter conhecimento do diagnóstico de HIV/AIDS e outras complicações sistêmicas para que a melhor conduta seja aplicada durante o tratamento odontológico.

## **CONCLUSÃO**

Considerando que o HIV/AIDS é um dos maiores problemas de saúde pública, o acesso à assistência odontológica por PVHIV/AIDS ainda não é totalmente eficaz. O estigma e o preconceito ainda estão presentes nos serviços exercidos de saúde. Para aumentar o acesso à assistência odontológica dessa população é necessária a educação em saúde dos cirurgiões-dentistas desde a graduação, a fim de aumentar o conhecimento e confiança dos futuros profissionais. Além do conhecimento técnico para realizar diagnóstico e diminuir o número de novas infecções, o dentista tem papel fundamental no aumento da qualidade de vida do indivíduo. O conhecimento sobre o

HIV/AIDS, pode diminuir o estigma, o preconceito e a discriminação, assim como mudar o comportamento e as atitudes tanto do profissional quanto da PVHIV/AIDS. Além de fornecer atendimento humanizado, deve-se respeitar a confidencialidade do paciente, ou seja, manter o sigilo profissional. É importante garantir que as atitudes dos dentistas em relação aos pacientes com HIV não sejam uma barreira para que esses recebam atendimento. Dessa forma, podemos concluir que melhorias devem ocorrer para aumentar o acesso de PVHIV/AIDS na busca de atendimento odontológico e conseqüentemente promover melhor saúde bucal e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRONDANI MA; PHILLIPS C; KERSTON RP; MONIRI NR. Stigma Around HIV in Dental Care: Patients' Experiences. **J Can Dent Assoc.** 2016;82:g1.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico.** Secretária de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológica.** Aprovado pela Resolução CFO-118/2012.

CHAMBERS LA; RUEDA S; BAKER DN; WILSON MG; DEUTSCH R; RAEIFAR E; ROURKE SB. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. **BMC Public Health** 15, 848 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>.

COULTHARD P; TAPPUNI AR; RANAUTA A. Oral health and HIV: What dental students need to know. **Oral Dis.** 2020;26(Suppl. 1):47–53. <https://doi.org/10.1111/odi.13389>.

DISCACCIATI JAC; VILAÇA EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 9(4), 2001.

EDWARDS J; PALMER G; OSBOURNE N; SCAMBLER S. Why individuals with HIV or diabetes do not disclose their medical history to the dentist: a qualitative analysis. **British Dental Journal** 215, E10 (2013). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.881>.

LEE C; FAN YH; STARR JR; DOGON IL. Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. **Journal of Public Health Dentistry** 00 (2016) 00–00. doi: 10.1111/jphd.12168.

MACIEL KL; MILBRATH VM; GABATZ RIB; FREITAG VL; SILVA MS; SANTOS BA. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Rev Cuid.**

2019; 10(3): e638. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.638>.

NAIDO S; VERNILLO A. Ethical and Legal Issues on HIV Testing, Policy and the Practice of Dentistry. **J Forensic Odontostomatol**. 2012 Dec; 30(2): 7–16.

JESSANI A; ALEKSEJUNIENE J; DONNELLY L; PHILLIPS C; NICOLAU B; BRONDANI M. Dental care utilization: patterns and predictors in persons living with HIV in British Columbia, Canada. **Journal of Public Health Dentistry**. 2019. doi: 10.1111/jphd.12304.

PAROLA GB; ZIHLMANN KF. A saúde bucal na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/Aids: subsídios para a educação permanente de cirurgiões-dentistas. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23: e180441 <https://doi.org/10.1590/Interface.180441>.

PARISH C; SIEGEL K; PEREYRA M; LIGUORI T; METSCH L. Barriers and facilitators to dental care among HIV-Infected adults. **Spec Care Dentist**. 2015 Nov-Dec; 35(6): 294–302. doi: 10.1111/scd.12132.

UNAIDS. **Estatísticas globais sobre HIV 2019**. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 04 de setembro de 2019.

ZUKOSKI AP; THORBURN S. Experiences of Stigma and Discrimination among Adults Living with HIV in a Low HIV-Prevalence Context: A Qualitative Analysis. **AIDS Patient Care STDS**. 2009 Apr;23(4):267-76. doi: 10.1089/apc.2008.0168.

### 8.1 Normas do artigo 3.

#### Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

URLs para as referências foram informadas quando possível.

O texto está em espaço entre linhas de 1,5 pontos; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.



O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Diretrizes para Autores

#### FINALIDADE

A Revista Científica “RIES”, do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) tem por objetivo publicar Artigos Científicos originais, de Revisão, Comunicações e Resenhas das áreas de saúde e afins.

As linhas de pesquisa do GIES, que mantém a Revista Científica RIES, são:

- 1 - Investigação de compostos com atividade biológica;
- 2 - Promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 3 - Gestão de serviços de saúde.
- 4 - Epidemiologia
- 5 - Saúde e qualidade de vida relacionado ao trabalho

#### PROCEDIMENTOS PARA ENCAMINHAMENTO E ACEITE PARA PUBLICAÇÃO

O procedimento para encaminhamento e aceite de artigos para publicação na RIES é o seguinte:

Fase 1: Submissão do artigo através da página eletrônica da revista (<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>). A revista também pode ser acessada a partir de <http://www.periodicosuniarp.com.br>.

Fase 2: Escolha dos artigos segundo critérios de relevância e adequação às diretrizes editoriais. A escolha é efetuada pelo Conselho Editorial da RIES subsidiada por uma equipe de consultores Ad Hoc.

Fase 3: Parecer emitido pelo Conselho Editorial da RIES, com auxílio de colaboradores “ad-hoc” especialistas e/ou mestres e/ou doutores. Os artigos terão um dos seguintes pareceres:

Aceitação na integra;

Aceitação com ajustes;

Recusa integral.

O autor, que encaminhou o artigo, receberá cópia por e-mail do parecer.

Fase 4 – Publicação dos artigos selecionados na RIES.

#### AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Será considerado autorizado o artigo enviado pelo(os) autor(es) que aceitar as normas de publicação da revista explicitadas ao longo do processo de submissão.

Trabalhos que contiverem partes de texto de outras publicações devem obedecer aos limites especificados para manter a originalidade do trabalho elaborado.

Antes de submeter o artigo para publicação, verifique se o mesmo atende às exigências para a publicação na RIES.

#### RESPONSABILIDADE PELAS IDEIAS E CONCEITOS

As ideias e conceitos constantes nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

#### NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;

Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);

Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé devem constar a Nome, Titulação, Instituição de proveniência e Email para correspondência;

Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;

Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;

Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;

Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;

Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;

Corpo texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

Os Artigos Científicos originais devem ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normais gerais, conter os seguintes tópicos:

Introdução;

Material e Métodos;

Resultados e discussão;

Considerações finais;

Referências.

As Comunicações Científicas compreendem textos menores que contém resultados preliminares, novos e/ou relevantes, de uma pesquisa que está em andamento. São menos detalhados do que os artigos.

Uma Comunicação também pode conter datas e locais para registrar onde e quando um resultado importante/relevante foi observado pelo(s) autor(es).

Uma Comunicação pode ter entre 3 e no máximo 5 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter texto da comunicação, sem subdivisões, mas que inclua introdução, metodologia, resultados e conclusão, com ou sem tabelas e/ou quadros e/ou figuras.

Um Artigo de Revisão deve ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

Introdução;

Desenvolvimento;

Considerações finais;

Referências.

Uma Resenha é a apresentação crítica de uma obra bibliográfica relevante nas áreas da saúde e afins, com no máximo 3 (três) anos de publicação no Brasil, que pode ter até 5 páginas. Ela deve conter os seguintes elementos:

Título, segundo as normas gerais de apresentação.

Nome do autor/es, segundo as normas gerais de apresentação.

Referência completa da obra resenhada precedida da expressão “Resenha de:”

Corpo do texto, segundo as normas gerais de apresentação.

## CITAÇÕES

Citações diretas com menos de 3 (três) linhas são transcritas no corpo de texto entre aspas.

Citações com mais de 3 (três) linhas devem figurar em parágrafo próprio, com fonte arial 10, entre linhas simples, com recuo de 4 cm da margem esquerda e espaços duplos em relação aos parágrafos anterior e posterior. Para todas as citações diretas deve-se mencionar autor, ano e página de onde foram extraídas conforme exemplos a seguir.

RIES adota o padrão autor/data para a elaboração de citações conforme exemplos abaixo:

Citações indiretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA, 2013).

#### Citações diretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 2: “A saúde merece [...]” (SILVA, 2013, p. 999).

#### Citação de citação

Ex. 1: Conforme Silva apud Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA apud SILVA, 2013).

Ex. 3: Conforme Silva (apud SILVA, 2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 4: “A saúde merece [...]” (SILVA apud SILVA, 2013, p. 999).

#### REFERÊNCIAS

RIES adota o modelo ABNT para a elaboração de referências.

## **9 CONCLUSÃO GERAL**

O presente estudo mostrou que o acesso aos serviços de saúde pelas PVHIV ainda não é totalmente eficaz. Fatores sociodemográficos e a condição de saúde podem influenciar a qualidade de vida e o letramento em saúde bucal.

Os resultados indicam que o estigma e a discriminação ainda estão presente no ambiente odontológico, assim como, em outros serviços de saúde. Sugere-se maior conhecimento sobre o HIV/AIDS pelos profissionais de saúde e pelas PVHIV.

Os participantes do estudo apresentaram classificação superior e intermediária em todos os domínios de qualidade de vida e a maioria apresentou nível moderado de letramento em saúde bucal. Em relação à qualidade de vida, não foi observada percepção inferior em nenhum domínio, e sim necessidade de melhoria no domínio ambiente, que teve associação com as variáveis, idade, escolaridade, doente ou saudável e uso da TARV.

Dessa forma, diante dos achados desta pesquisa pode-se concluir que o atendimento odontológico deve passar por melhorias em relação às PVHIV, como a comunicação entre profissional e paciente para que os mesmos possam compreender de forma adequada as instruções de saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida em todos os domínios.

## 10 REFERÊNCIAS

ANNE, C.; BRIGITTE, M.; FRANÇOIS, B. Do people with HIV / AIDS disclose their HIV positivity to dentists ? Do people with HIV / AIDS disclose their HIV-positivity to dentists ? **AIDS Care**, n. 1, p. 61–71, 1998.

ANGELOPOULO, M.V.; KAVVADIA, K. Experiential learning in oral health education. **J Edu Health Promot** 2018;7:70.

ATCHISON, K.A; GIRONDA, M.W.; MESSADI, D.; DER-MARTIROSIAN, C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. **J Public Health Dent**. 2010; 70(4): 269–275. doi:10.1111/j.1752-7325.2010.00181.x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Boletim epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2018. ISSN 1517 1159.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>. Acesso em 12 de setembro de 2019.

BRASIL. Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em 07 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Número Especial. Dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde . Boletim Epidemiológico Especial. Número Especial. Dez. 2020.

BRANCO, P. C. C. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies** – XX(2): 189-197, jul-dez, 2014.

BRONDANI, M.A.; PHILLIPS, J.C.; KERSTON, R.P.; MONIRI, N.R. Stigma Around HIV in Dental Care: Patients' Experiences. **J Can Dent Assoc** 2016;82:g1.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2012.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. M. F.; LEMÉTAYER, F.. Quality of life of people living with HIV / AIDS : Effects of illness perception and coping strategies. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, p. 1–7, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>.

CRUVINEL, A. F. P.; MÉNDEZ, D. A. C.; OLIVEIRA, J.G.; GUTIERRES, E.; LOTTO, M.; MACHADO, M. A. A. M.; OLIVEIRA, T. M.; CRUVINEL, T. The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. **PeerJ**, v. 5, p. e3744, 2017.

CODY, R.P.; SMITH, J.K. Applied Statistics and the SAS Programming Language. 3rd ed. **Elsevier Science Publishing Co.**, New York. 1991. 403p.

CEPOVA, E.; CICVAKOVA, M.; KOLARCIK, P.; MARKOVSKA, N.; GECKOVA, A. M. Associations of multidimensional health literacy with reported oral health promoting behaviour among Slovak adults: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, 2018, 18:44.

ELIZONDO, J.E.; TREVIÑO, A.C.; VIOLANT, D. Dentistry and HIV/AIDS related stigma. **Revista de Saude Publica**, v. 49, p. 1–11, 2015.

EMILIO, L.; BUSTAMANTE, Z. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria Education for health and popular education , a possible and necessary relationship. 2019.

FENG, I.; BRONDANI, M.; BEDOS, C.; DONNELLY, L. Access to oral health care for people living with HIV/AIDS attending a community-based program. **Can J Dent Hyg**. 2020 Feb; 54(1): 7–15.

FERREIRA, A.C.; TEIXEIRA, A.L.; SILVEIRA M.F.; CARNEIRO, M. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 6, p. 743–751, 2018.

FLECK, M.P.A. Instrumento WHOQOL BREF HIV 2007– Acesso em 23/09/2019. Disponível em : < <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=3> >.

FLECK, M.P.A. Instrumento WHOQOL-HIV- Manual do Usuario-2007- Acesso em 23/09/2019. Disponível em: file:///C:/Users/gisse/Downloads/manual-whoqol-hiv.pdf.

FOX, J.E.; TOBIAS. C.R.; BACHMAN, S.S.; REZNIK, D.A.; RAJABIUN, S.; VERDECAS, N. Increasing Access to Oral Health Care for People Living with HIV/AIDS in the U.S.: Baseline Evaluation Results of the Innovations in Oral Health Care Initiative. **Public Health Reports**, v. 127, n. 2\_suppl, p. 5–16, 2017.

FELIX, D.H.; WRAY, D. The prevalence of oral candidiasis in HIV-infected Individuals and dental attenders in Edinburgh. **J Oral Pathol Med**, 1993: 22: 418-20.

GROENEWEGEN, H.; BIERMAN, W.F.W.; DELLI, K.; DIJKSTRA, P.U.; NESSE, W.; VISSINK, A.; SPIJKERVET, F.K.L. Severe periodontitis is more common in HIV- infected

patients. **Journal of Infection**, v. 78, n. 3, p. 171–177, 2019.

GAMBHIR, R. S.; BATTH, J. S.; ARORA, G.; ANAND, S.; BHARDWAJ, A.; KAUR, H. Family physicians' knowledge and awareness regarding oral health: A survey. **J Edu Health Promot** 2019;8:45.DOI: 10.4103/jehp.jehp\_252\_18.

HOLTZMAN, J.S.; ATCHISON, K.A.; MACEK, M.D.; MARKOVIC, D. Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. **J Periodontol**. 2017 January; 88(1): 78–88. doi:10.1902/jop.2016.160203.

JEANTY, Y.; CARDENAS, G.; FOX, J.E.; PEREYRA, M.; DIAZ, C.; BEDNARSH, H.; REZNIK, D.A.; ABEL, S.N.; BACHMAN, S.S.; METSCH, L.R. Correlates of unmet dental care need among HIV-positive people since being diagnosed with HIV. **Public Health Reports**, v. 127, n. SUPPL.2, p. 17–24, 2012.

JUNKES, M.C.; FRAIZ, F.C.; SARDENBERG, F.; LEE, J.Y.; PAIVA, S.M.; FERREIRA, F.M. Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - BREALD-30. **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. 1–11, 2015.

KOSSIONI, A. E.; HAJTO-BRYK, J.; JANSSENS, B.; MAGGI, S.; MARCHINI, L.; MCKENNA, G.; MULLER, F.; PETROVIC, M.; ROLLER-WIRNSBERGER, R. E.; SCHIMMEL, M.; VANOBBERGEN, J.; ZARZECKA, J. Practical Guidelines for Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 19, n. 12, p. 1039–1046, 2018.

KOYIO, L.; RANGANATHAN, K.; KATTAPPAGARI, K. K., WILLIAMS, D. M.; ROBINSON, P.G. Oral health needs assessment world-wide in relation to HIV. Themes: Oral health needs and inequalities, oral health promotion, co-ordinating research and enhancing dissemination in relation to HIV- a workshop report. **Oral Diseases**, 22 (Suppl. 1), 199–205, 2016. DOI:10.1111/odi.12433.

LEE, H.; CHALMERS, N. I.; BROW, A.; BOYNES, S.; MONOPOLI, M.; DOHERTY, M.; CROOM, O.; ENGINEER, L. Person-centered care model in dentistry. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018.

LEVETT, T.; SLIDE, C.; MALLICK, F.; LAU, R. Access to dental care for HIV patients: does it matter and does discrimination exist?. **International Journal of STD & AIDS**, 20: 782–784, 2009. DOI: 10.1258/ijsa.2009.009182.

MACIEL, K.L.; MILBRATH, V.M.; GABATZ, R.I.B.; FREITAG, V.L.; SILVA, M.S.; SANTOS, B.A. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Rev Cuid**. 2019; 10(3): e638.



MOHEBBI, S. Z.; RABIEI, S.; YAZDANI, R.; NIEMINEN, P.; VIRTANEN, J.I. Evaluation of an educational intervention in oral health for primary care physicians: A cluster randomized controlled study. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018.

MOLETE, M. P.; DALY, B.; HLUNGWANI, T. M. Oral health promotion in Gauteng: A qualitative study. **Global Health Promotion**, v. 20, n. 1, p. 50–58, 2013.

MOGOBE, K.D.; SHAIBU, S.; MATSHEDISO, E.; SABONE, M.; NTSAYAGAE, E.; NICHOLAS, P.K. et al., Language and Culture in Health Literacy for People Living with HIV: Perspectives of Health Care Providers and Professional Care Team Members. **Hindawi Publishing Corporation AIDS Research and Treatment**, Volume 2016, Article ID 5015707, 10 pages.

MOTTA, L.J.; TANIZAGA, N.H.; GUEDES, C.C.; FERNANDES, K.P.S.; MESQUITA-FERRARI, R.A.; BUSSADORI, S.K. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 6 a 10 anos. **ConScientiae Saúde**, 2011;10(4):715-722.

OBEROI, S. S.; SHARMA, N.; MOHANTY, V.; MARYA, C.; REKHI, A.; OBEROI A. Knowledge and Attitude of Faculty Members Working in Dental Institutions towards the Dental Treatment of Patients with HIV/AIDS. **International Scholarly Research Notices**, v. 2014, p. 1–10, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Ontário, Canadá. 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 5 de setembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento HIV/AIDS. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Problemas de saúde. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 06 de agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa HIV/aids. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812). Acesso em: 07 de outubro de 2019.

- OLIVEIRA, F. B. M.; QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L.; MOURA, M.E.B.; REIS, R.K. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017;70(5):1057-62. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0420>.
- PAKFETRAT, A.; FALAKI, F.; DELAVARIAN, Z.; DALIRSANI, Z.; SANATKHANI, M.; MARANI, M.Z. Oral manifestations of human immunodeficiency virus-infected patients. **Iranian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 27, n. 78, p. 43–54, 2015.
- QUEMELO, P.R.V.; MILANI, D.; BENTO, V. F.; VIEIRA, E. R.; ZAIA, J. E. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **CSP Cadernos de Saúde Pública**, 33(2): e00179715, 2017.
- ROHN, E.J.; SANKAR, A.; HOELSCHER, D.C.; LUBORSKY, M.; PARISE, M.H. How do social-psychological concerns impede the delivery of care to people with HIV? Issues for dental education. **Journal of dental education**, v. 70, n. 10, p. 1038–42, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde Reduzir Riscos, Promovendo Vida Saudável. Genebra, 2002.
- SCHNALL, R.; BAKKEN, S.; ROJAS, M.; TRAVERS, J.; CARBALLO-DIEGUEZ, A. mHealth Technology as a Persuasive Tool for Treatment, Care and Management of Persons Living with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 19, p. 81–89, 2015.
- STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. **Categorical data analysis using SAS system**. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.
- SILVA-BOGHOSSIAN, C.M.; BOSCARDINI, B.A.B.; PEREIRA, C.M.; MOREIRA, E.J.L. Evaluation of oral care protocols practice by dentists in Rio de Janeiro towards HIV/ AIDS individuals. **BMC Oral Health** (2020) 20:13. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-0999-7>.
- SILVA, N. N. DA. Amostragem Probabilística., Editora Edusp, São Paulo. 124p. TOBIAS, C. R.; FOX, J. E.; WALTER, A. W.; LEMAY, C.A.; ABEL, S.N. Retention of People Living with HIV/AIDS in Oral Health Care. **Public Health Reports**, v. 127, n. 2\_suppl, p. 45–54, 2017.
- TOMAZONI, F.; VETTORE, M.V.; BAKER, S.R.; ARDENGHI, T.M. Can a School-Based Intervention Improve the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Children? **JDR Clinical and Translational Research**, v. XX, p. 1–10, 2019.
- UNAIDS. Estatísticas globais sobre HIV 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 04 de setembro de 2019.

UNESCO. Educação e HIV: evolução e perspectivas. – Brasília: UNESCO, 2016. 188p.

UNAIDS. Informações básicas. Disponível em: <https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Estatísticas. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 06 de agosto de 2020.

VILELA, K.D., ASSUNÇÃO, L.R.S., JUNKES, M.C., MENEZES, J.V.N.B., FRAIZ, F.C., FERREIRA, F.M. (2016) Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies. *Braz. Oral Res.* 2016;30(1):e90. [doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0090](https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0090).

WATT, R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of the World Health Association**, v. 83, n.9, September 2005.

## ANEXO I

### LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL

**Data de aplicação:** \_\_/\_\_/\_\_ **Nome do entrevistador:** \_\_\_\_\_

#### **BREALD-30**

Nome do paciente	
Local/Data	
Score total do BREALD-30	

1. Açúcar	11. Biópsia	21. Endodontia	
2. Dentadura	12. Enxaguatório	22. Maloclusão	
3. Fumante	13. Bruxismo	23. Abscesso	
4. Esmalte	14. Escovar	24. Biofilme	
5. Dentição	15. Hemorragia	25. Fístula	
6. Erosão	16. Radiografia	26. Hiperemia	
7. Genética	17. Película	27. Ortodontia	
8. Incipiente	18. Halitose	28. Temporomandibular	
9. Gengiva	19. Periodontal	29. Hipoplasia	
10. Restauração	20. Analgesia	30. Apicectomia	

## **ANEXO II**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº do CAAE: 29787320.3.0000.5539

**Título do Projeto: LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: aplicação de questionários e entrevista áudio-gravada para avaliação do letramento em saúde bucal, qualidade de vida e avaliação do acesso aos serviços odontológicos. Será realizado o exame clínico para avaliação de lesões na cavidade bucal e o exame periodontal (índice de sangramento e profundidade de sondagem), os mesmos receberam orientações sobre higiene bucal e a importância do autoexame. Os participantes que ainda não recebem atendimento odontológico serão encaminhados para a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência ou para o SAE. Será realizada a análise dos prontuários para maiores informações em relação a saúde sistêmica e bucal.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, nesse caso, o estudo oferece desconforto associados ao tempo de resposta ao questionário, entrevista, exame clínico e mobilização de sentimentos.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são maior acesso a informações em saúde bucal, melhorar a qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica através do desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Gisselly Maria Campos da Silva, pelo telefone (44) 99854-5748, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar pelo telefone (44) 30276360 ramal 1345, ou no 5º andar do Bloco Administrativo, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

### ANEXO III

**WHOQOL – HIV BREF**  
**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA**  
**SAÚDE**

#### SOBRE VOCÊ

Antes de começar, nós gostaríamos de solicitar que você respondesse umas poucas perguntas gerais sobre sua pessoa: circulando a resposta correta ou preenchendo os espaços oferecidos.

Qual é o seu **sexo**? Masculino / Feminino

Quantos **anos** você tem? \_\_\_\_\_(idade em anos)

Qual é o grau de **instrução** mais elevado que você atingiu? Nenhum / 1º grau / 2º grau / 3º grau

Qual é o seu **estado civil**? Solteiro / Casado / Vivendo como casado / Separado / Divorciado

/ Viúvo Como está a sua **saúde**? Muito ruim / Ruim / Nem ruim, nem boa / Boa /

Muito boa Você se considera doente atualmente? Sim / Não

Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é?

---

*Por favor, responda às perguntas abaixo se elas se aplicam a você:*

Qual é o seu estágio de HIV? Assintomático / Sintomático / AIDS

Em que ano você fez o primeiro teste HIV positivo?\_

\_\_\_\_\_

Em que ano você acha que foi infectado? \_\_\_\_

Como você acha que foi **infectado pelo HIV**? (circule apenas um):

Sexo com homem / Sexo com mulher / Injetando drogas / Derivados de sangue

### *Instruções*

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	mu ito po uc o	mais ou menos	basta nte	extremament e
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.



Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		mu ito ru im	Ru im	nem ruim nem boa	boa	mu it o b o a
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfei to	insatisfei to	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfei to
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	mu ito po uc o	mais ou menos	basta nte	extremament e
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	mu ito po uc o	mais ou menos	basta nte	extremament e
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	mu ito po uc o	mé dio	muito	completamen te
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas	1	2	3	4	5

	peças que você conhece?					
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

19 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5
---------------	--	---	---	---	---	---

		mu ito ru im	ru im	nem ruim nem bom	b o m	mu ito bo m
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfei to	insatisfei to	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfei to	muit o satisfe ito
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você se considera?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nun ca	algu mas vez es	freqüentemen te	muito freqüentemen te	semp re
31 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

---

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

---

Você tem algum comentário sobre o questionário? \_\_\_\_\_

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

## ANEXO IV

### Autorização do Centro de Capacitação e Pesquisas em Programas Sociais

14/10/2020

CI ON-LINE - Prefeitura Municipal de Maringá



INTRANET



PMM Home Page

INÍCIO | CRIAR CI | CONSULTA

#### CONFIRMAÇÃO

- Por favor confira se todos os dados estão corretos, só então clique em "Concluir" para enviar a CI.
- Se for necessário corrigir algo, clique em "Voltar".
- O número da CI será gerado automaticamente quando você clicar em "Concluir".
- Sua CI somente será recebida pelos destinatários após ser aprovada pelo moderador da sua Secretaria.

<b>ORIGEM:</b> JULIANA FURLAN RABELO (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)	<b>DESTINO(S):</b> 1) MARCELO DA SILVA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	<b>CI-Nº</b> 2020080405
<b>ASSUNTO:</b> Autorização de Projeto de Pesquisa		<b>DATA</b> 14/10/2020
		<b>DATA ARQ:</b> 31/10/2020

Bom dia,


Informamos que a partir do dia 19/10/2020, a pesquisadora Gisselly Maria Campos da Silva, iniciará o projeto de pesquisa intitulado "Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com HIV/AIDS", no ambulatório de IST/AIDS.

Comunicamos ainda que, a referida pesquisa foi analisada e aprovada pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos - Portaria nº 064/2019/SAÚDE e CPE Parecer nº 3.922.245

A pesquisadora foi orientada a entrar em contato para agendar sua ida ao setor, bem como apresentar cópia desta CI nos locais de pesquisa.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Juliana  
Ramal: 3113/3112

 **JULIANA FURLAN RABELO**  
SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Endereço eletrônico:

Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 291/2004 de 01 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é restrito ao(s) seu(s) destinatário(s)

OBS: Esta CI somente terá validade após sua conclusão com a atribuição automática de um número.

## ANEXO V PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

**Pesquisador:** GISSELLY MARIA CAMPOS DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29787320.3.0000.5539

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.922.245

#### Apresentação do Projeto:

A saúde bucal é considerada uma necessidade e parte da saúde sistêmica ao longo da vida e quando deficiente pode ter impacto na qualidade de vida, especialmente em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Tendo em vista que a saúde bucal destes pacientes tem sido negligenciada, seja como desfecho ou como variável preditiva de saúde e qualidade de vida, o presente estudo tem por objetivo avaliar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem mista, com coleta de dados primários e secundários, e com amostra não probabilística. Serão convidados a participar indivíduos adultos (idade 18 a 59 anos) e idosos (idade 60 anos), de ambos os sexos, que frequentam o Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/AIDS, da 15ª Regional de Maringá-PR. O letramento em saúde bucal será verificado pelo questionário BREALD-30, a qualidade de vida pelo WHOQOL-HIV, a acessibilidade ao atendimento odontológico por entrevista. Além disso, será realizado exame clínico para verificar a presença de doenças periodontais e lesões bucais, segundo preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso	
Bairro: Jardim Adlmação	CEP: 87.050-390
UF: PR	Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360	E-mail: cep@unicesumar.edu.br

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 3.922.245

**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL**

O objetivo do presente estudo é avaliar o letramento em saúde bucal, qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil sócio demográfico dos participantes.

Verificar o letramento em saúde bucal, segundo sexo e grupo etário.

Identificar a prevalência de lesões bucais e doenças periodontais segundo sexo e grupo etário.

Avaliar a qualidade de vida, segundo sexo e grupo etário.

Verificar a acessibilidade ao tratamento odontológico, segundo sexo e grupo etário.

Verificar a associação entre letramento em saúde, qualidade de vida e acessibilidade, segundo sexo e grupo etário.

Verificar a associação das lesões bucais, doenças periodontais, letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acessibilidade, segundo sexo e idade .

Realizar orientação de higiene bucal e auto-exame

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, nesse caso, o estudo oferece desconforto associado ao tempo de resposta ao questionário, entrevista, exame clínico e mobilização de sentimentos.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são maior acesso a informações em saúde bucal, melhorar a qualidade de vida e o acesso à assistência odontológica através do desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e trará benefícios para a população envolvida. A metodologia está bem descrita e é viável a sua execução.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram apresentados e estão adequados.

**Recomendações:**

Adequar o calendário, já que a previsão de início da coleta de dados é para março e o projeto está

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR**



Continuação do Parecer: 3.922.245

em tramitação no CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502683.pdf	05/03/2020 09:21:55		Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	05/03/2020 09:19:34	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio.pdf	05/03/2020 09:18:44	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Outros	AL.pdf	05/03/2020 09:18:11	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	05/03/2020 09:16:20	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/03/2020 09:15:46	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Outros	CECAPS.pdf	05/03/2020 09:15:16	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	05/03/2020 09:13:48	GISSELY MARIA CAMPOS DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 18 de Março de 2020

---

**Assinado por:  
LUCAS FRANÇA GARCIA  
(Coordenador(a))**



## APÊNDICE I

PESQUISA: “Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acessibilidade ao tratamento odontológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS”.

**Solicitamos preencher com “X” a letra correspondente a sua resposta em cada questão do presente questionário**, sendo que os dados coletados serão tratados de forma estritamente confidencial, não sendo identificados em hipótese alguma.

### FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS

**Data de aplicação:** \_\_ / \_\_ / \_\_ **Nome do entrevistador:** \_\_\_\_\_

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) M ( ) F      **Data de nascimento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_ anos

**Participação:** ( ) incluído ( ) não incluído

**Motivo:** ( ) recusa ( ) ausente ( ) cego, surdo e ou mudo ( ) acamado  
( ) ausência de informante, caso haja necessidade.

#### **Estado civil atual:**

( ) solteiro/a      ( ) casado/a      ( ) união consensual      ( )  
separado/divorciado/desquitado  
( ) viúvo      ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Procedência**.....

#### **DADOS SOCIOECONÔMICOS:**

##### **Escolaridade:**

1. ( ) Analfabeto
2. ( ) Ensino Fundamental
3. ( ) Ensino Médio
4. ( ) Ensino Superior

##### **Arranjo familiar:**

( ) Mora sozinho ( ) mora acompanhado

**Ocupação atual:** ( ) Aposentado/a ( ) Pensionista ( ) Nunca trabalhou ( ) Dona de casa  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

##### **Situação ocupacional:**

( ) Empregado formal      ( ) Empregado informal  
( ) Desempregado      ( ) Aposentado

##### **Religião/ Crença:**

( ) católica/o ( ) evangélica/o ( ) espírita ( ) budista ( ) ateu  
( ) outra \_\_\_\_\_

#### **CONDIÇÕES DE SAÚDE:**

**De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável ou doente:**

( ) saudável ( ) doente

Você faz uso da terapia antirretroviral? ( ) Não ( ) Sim Qual?

**Há quanto tempo foi realizado o diagnóstico de HIV/AIDS?**

\_\_\_\_\_

Outras observações Importantes: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL:**

**Você considera a sua saúde bucal neste momento:**

Excelente       Muito boa       Boa       Regular       Ruim

**Com que frequência você escova seus dentes?**

mais de duas vezes ao dia       uma vez ao dia  
 duas vezes ao dia       uma ou duas vezes por semana

**Faz uso do fio dental:**

mais de uma vez ao dia       uma ou duas vezes por semana  
 uma vez ao dia       raramente ou nunca

**Você fuma?**

Sim       Não

**Onde busca informações sobre saúde:**

Livros       Jornais/revistas       televisão       internet  
 amigos/família       profissionais de saúde

**Quando foi a última vez que consultou um dentista?**

há menos de 1 ano       há mais de um ano

**Para quê?**

dor       cárie       gengivite       estética       prevenção       outro

**Onde?**

UBS       Convênio       Particular

**Quanto tempo você demorou para ser atendido após agendamento da consulta**

**Odontológica:**

menos de 1 mês       1 mês       2 meses       três meses ou mais

Caso seja mais de três meses especificar número de meses \_\_\_\_\_

**APÊNDICE II**  
**ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

1. Você costuma relatar para o dentista o diagnóstico de HIV/AIDS?
2. Você sofreu algum tipo de discriminação após relatar ser portador de HIV/AIDS?
3. Quais as principais dificuldades encontradas para acesso a atendimento odontológico?