**SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: ASPECTOS
SOCIAIS, PERCEPÇÃO DE RISCO E MANIFESTAÇÕES BUCAIS
ENTRE INDIVÍDUOS INFECTADOS. SÃO PAULO, 2000.**

ANTONIO CARLOS PEREIRA

**Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde
Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do grau de Doutor em
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

Orientador: Professor Associado Edméa Rita Temporini Nastari

**São Paulo
2001**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

41.282/2006 doc

Aos meus pais, in memoriam.

Ao meu filho Antonio Carlos,

a razão maior deste trabalho

AGRADECIMENTOS

À Professora Associada Edméa Rita Temporini Nastari, incansável na orientação segura, incentivo e confiança em mim depositada.

Ao Doutor Antonio Carlos Gil, as valiosas sugestões que contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Professor Doutor Manuel Fernando Queiroz dos Santos Júnior, o incentivo e observações estimulantes no Exame de Qualificação.

À Professora Doutora Cássia Maria Buchalla, as sugestões no Exame de Qualificação que orientaram a fase de planejamento deste estudo.

Ao Doutor Antonio Carlos de Albuquerque Bandeira, as sugestões na análise estatística dos dados.

À Doutora Maria Cristina Blanco Struffaldi, o incentivo e o apoio sempre presente nesta pesquisa.

Ao Doutor Emílio Telesi Júnior, a amizade e cooperação na fase do estudo exploratório junto ao CR-DST/AIDS Butantã.

À Professora Lucia Bruno Leite, as sugestões, apoio e revisão da língua portuguesa na fase final do relatório de pesquisa.

Ao Professor Marcos Alfredo Samara, a prestimosa assessoria e revisão do Summary.

A Maria do Carmo Medeiros, o processamento dos dados e digitação do relatório.

À Angela Maria Belloni Cuenca, o auxílio no levantamento bibliográfico e revisão das referências.

Aos funcionários do COAS-Centro de Orientação e Apoio Sorológico, a cooperação que possibilitou o desenvolvimento deste estudo.

Às equipes técnicas dos CRs DST/AIDS, por condições facilitadoras durante a fase de coleta de dados.

A Renilda Maria de Figueiredo, Maria Aparecida Mendes e Márcia Aparecida Garcia da Silva do Serviço de Aprimoramento e Angela Maria Pereira da Silva Lima da Seção de Pós-Graduação, a gentileza e auxílio prestados.

Aos pacientes, e a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Este estudo teve por objetivos identificar manifestações bucais freqüentes em indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, suas percepções em relação ao risco, origem e gravidade dessas manifestações, bem como em relação às conseqüências psicossociais e orgânicas da infecção. Adotou-se para o desenvolvimento desta pesquisa o “survey” analítico. A amostra intencional foi integrada por 328 indivíduos infectados pelo HIV que consentiram espontaneamente em participar da pesquisa. A coleta de dados desenvolveu-se em dois momentos distintos, num primeiro momento utilizou-se como instrumento de medida um questionário com base em estudo exploratório; o segundo momento consistiu na coleta de dados de forma retrospectiva por levantamento de 276 registros clínicos de indivíduos infectados pelo HIV atendidos no Centro de Referência DST/AIDS do município de São Paulo. Os resultados indicaram que a maioria dos respondentes teve percepção de que a Aids é uma doença muito grave (81,7%), bem como do grande risco de transmitir o vírus para outra pessoa, se não tomar qualquer cuidado preventivo (57,9%). A descoberta do contágio pelo vírus da Aids, causou grande impacto psicológico nos respondentes, que se mostraram chocados e preocupados com a doença (97,9%), porém, confiantes nos novos medicamentos. A maioria dos respondentes, de ambos os sexos, declarou ter sido contaminada pelo HIV durante relação sexual por contatos heterossexuais. Depois do contágio 99,6% dos homens e 99,1% das mulheres declararam mudança de vida sexual, destes 92,8% dos homens e 60,6% das mulheres passaram a usar camisinha nas relações sexuais. Os respondentes, submetidos a tratamento por longo tempo, declararam acreditar muito na cura definitiva da Aids com o tratamento anti-retroviral. A variável sexo não influenciou na freqüência das manifestações bucais da Aids; dentre estas as mais encontradas foram: candidíase, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi e GUNA. Houve diferença nas

manifestações bucais da Aids entre os indivíduos em diversos estágios de tratamento e categorias de exposição. Os respondentes, de ambos os sexos, admitiram não estar bem informados sobre a Aids. Sugere-se a continuidade de programas educativos com vistas à prevenção da Aids, elaborados em consonância ao conhecimento dessa realidade. Novas pesquisas relacionadas à Aids deverão privilegiar aspectos sociais para oferecer subsídios no redirecionamento de programas e campanhas educativas.

Descritores: Aids, aspectos sociais, percepção de risco, manifestações bucais.

SUMMARY

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME: SOCIAL ASPECTS, RISK PERCEPTION AND ORAL MANIFESTATIONS AMONG INFECTED PATIENTS. SÃO PAULO, 2000.

SUMMARY: The present study aims at identifying frequent oral manifestations in HIV infected patients in São Paulo city, Brazil, their perceptions of risk, source and severity of such manifestations as well as the psychosocial and organic consequences of the infection. An analytical survey was carried out for data collection. 328 HIV infected patients that spontaneously agreed to take part in the study composed the designed sample. The data gathering took place on two different occasions. In the first moment the instrument used was a questionnaire based on an exploratory study. The second moment consisted of a retrospective data collection of 276 clinical records of HIV infected patients attended at the Centro de Referência DST/AIDS in São Paulo city. Results were as follows: the majority of the respondents had the perception of Aids as a very severe disease (81.7%) and of the great risk of virus transmission to other people in case of no preventive care (57.9%). The discovery of Aids virus contagion had a great psychological impact on the respondents, who were shocked and worried about the disease (97.9%), but trusting in the new drugs. The majority of the respondents - both genders – reported having been contaminated by HIV during heterosexual sexual intercourse. After contagion 99.6% of the men and 99.1% of the women reported changes in sexual life. 92.8% of those men and 60.6% of the women adopted condoms in their sexual intercourse. The respondents under treatment for a long time, declared believing highly in the definitive cure of Aids with antiretroviral treatment. The Sex variable was not influential on the frequency of Aids oral manifestations. The most frequent of such manifestations were candidiasis, hairy leukoplakia, kaposi's sarcoma and ANUG. There were differences in the oral manifestations of Aids among the

patients in different stages of the treatment and exposition categories. The respondents - both genders - admitted not being well informed about Aids. The continuance of educative programs aimed at Aids prevention designed in conformity with the knowledge of such reality is recommended. Further research related to Aids should focus social aspects with a view to offering elements for the re-directing of programs and educative campaigns.

Descriptors: Aids, social aspects, risk perception, oral manifestations.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Fatores sociais	3
1.2. Consciência em relação à Aids e percepção de risco	11
1.3. Manifestações bucais frequentes em indivíduos infectados pelo HIV	16
2. OBJETIVOS	27
3. MÉTODOS	29
3.1. Tipo de pesquisa	30
3.2. Objeto de estudo	31
3.3. População e amostra	31
3.4. Variáveis selecionadas	32
3.4.1. Variáveis dependentes	32
3.4.2. Variáveis independentes	33
3.5. Instrumento de medida	34
3.5.1. Questionário	34
3.5.2. Ficha para registro de manifestações bucais da Aids	34
3.5.3. Pesquisa exploratória	35
3.5.4. Pré-teste do instrumento	36

	Pág.
3.6. Coleta dos dados	37
3.7. Processamento de dados	38
3.8. Procedimentos para análise dos dados	38
3.8.1. Valor escalar médio	38
3.8.2. Análise estatística	39
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	41
4.1. Considerações preliminares	42
4.2. Características da amostra	43
4.3. Resultados relativos às variáveis dependentes	51
4.3.1. Percepções relacionadas à Aids	51
4.3.2. Percepções relacionadas às manifestações bucais da Aids	77
4.3.3. Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids	83
4.4. Estudo analítico	93
4.4.1. Idade	93
4.4.2. Opção sexual	97
4.4.3. Sexo	100
4.4.4. Tempo de tratamento	111
5. CONCLUSÕES	124
6. SUGESTÕES	127
7. REFERÊNCIAS	129

	Pág.
8. ANEXOS	146
ANEXO I Roteiro da entrevista para a segunda etapa da pesquisa exploratória	A1
ANEXO II "RAPPORT"	A2
ANEXO III Ficha para registro de manifestações bucais da Aids	A3
ANEXO IV Questionário	A4
ANEXO V Termo de consentimento pós-informação	A14

LISTA DAS TABELAS

Pág.

Tabela 1.1	- Prevalência das manifestações bucais em pacientes infectados pelo HIV ou com Aids em diferentes estudos	23
Tabela 1	- Composição da amostra, segundo o sexo e a idade	44
Tabela 2	- Situação de trabalho	45
Tabela 3	- Escolaridade	46
Tabela 4	- Situação conjugal	47
Tabela 5	- Tempo de tratamento anti-retroviral	48
Tabela 6	- Auto-avaliação de conhecimento sobre a Aids	49
Tabela 7	- Percepção acerca da gravidade da Aids	51
Tabela 8	- Percepção acerca do risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa	53
Tabela 9	- Percepção acerca das consequências da infecção pelo vírus da Aids no convívio com outras pessoas	55
Tabela 10	- Percepção acerca do tempo em que se infectou pelo vírus da Aids	57

	Pág.
Tabela 11 - Julgamento do estado psicológico depois do contágio pelo vírus da Aids	58
Tabela 12 - Percepção acerca das fontes de informação que contribuíram para o conhecimento sobre Aids, segundo o sexo	60
Tabela 13 - Conteúdo da informação recebida a respeito da Aids, segundo o sexo	62
Tabela 14 - Categoria de exposição ao vírus da Aids, Segundo o sexo	64
Tabela 15 - Percepção de ter sido tratado com medicação anti-retroviral	65
Tabela 16 - Percepção acerca da melhora da Aids com o tratamento anti-retroviral	67
Tabela 17 - Uso de camisinha antes do contágio pelo vírus da Aids	69
Tabela 18 - Mudança de vida sexual depois do contágio pelo HIV, segundo o sexo	73
Tabela 19 - Mudança de comportamento social depois do contágio pelo HIV, segundo o sexo.	75
Tabela 20 - Percepção acerca da possibilidade de ter manifestações bucais da Aids, segundo o sexo.	77

Tabela 30	- Percepção acerca do risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, segundo o sexo	101
Tabela 31	- Percepção acerca das conseqüências da infecção pelo vírus da Aids no convívio com outras pessoas, segundo o sexo	102
Tabela 32	- Percepção acerca da melhora da Aids com o tratamento, segundo o sexo	104
Tabela 33	- Percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o sexo	106
Tabela 34	- Percepção acerca dos modos de transmissão do vírus da Aids, segundo o sexo	108
Tabela 35	- Percepção acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento	113
Tabela 36	- Percepção acerca da melhora dos sintomas da Aids, segundo o tempo de tratamento	116
Tabela 37	- Percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o tempo de tratamento	119

LISTA DAS FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Opção sexual no relacionamento com o parceiro	72
Figura 2 - Tendência linear da percepção acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento	115
Figura 3 - Tendência linear da percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o tempo de tratamento	122

1. INTRODUÇÃO

Propôs-se com esta pesquisa investigar aspectos sociais e percepção de risco em relação à Aids e manifestações bucais em indivíduos infectados, residentes no município de São Paulo.

A preocupação com o tema deste estudo teve início em 1994, durante a realização de pesquisa entre cirurgiões-dentistas da zona norte no município de São Paulo para investigar conhecimentos e conduta profissional em relação à prevenção da Aids. Esse estudo incluiu, também, conhecimentos das manifestações bucais mais frequentes associadas à infecção pelo HIV (PEREIRA AC 1996).

O conhecimento científico dos cirurgiões-dentistas sobre manifestações bucais é relevante, pois tem um papel fundamental no diagnóstico precoce dessas alterações bucais. As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo as manifestações sistêmicas. Este fato aponta para o importante papel do cirurgião-dentista como profissional de saúde, o qual poderá suspeitar dessas manifestações, diagnosticar e tratar as alterações. Desta forma, a importância das manifestações bucais da Aids tornou o cirurgião-dentista um profissional da área de saúde muito importante no diagnóstico das lesões mais frequentes em várias fases da infecção ou mesmo da doença (AMATO NETO 1989; PEREIRA e LEITÃO 1985).

Por outro lado, tratando-se de estudo onde são investigadas variáveis sociais entre indivíduos infectados pelo vírus da Aids, torna-se necessário mostrar o conhecimento da realidade tal como ela é, investigando não somente a frequência das

manifestações bucais nesses indivíduos, mas, também, suas percepções em relação ao risco, origem e gravidade das lesões e as possíveis consequências psicossociais, políticas e orgânicas da infecção.

1.1. Fatores sociais

A Aids é um fenômeno cujas consequências psicossociais e políticas manifestam-se na comunidade gerando a necessidade de atuação multidisciplinar. Vários pesquisadores têm identificado, nas mais diversas camadas e estratos sociais, o que alguns autores denominaram “Epidemia do Medo” e que leva à discriminação aberta do aidético (VEST 1990; FIGUEIREDO e SOUZA 1991). As primeiras reações à Aids foram marcadas pelo medo e pela opressão. A imprensa notificou casos de expulsão de suas cidades de pessoas infectadas pelo HIV. Pacientes com Aids foram recusados em hospitais. Motoristas de ambulâncias recusaram-se a dar transporte a pacientes suspeitos de estarem com Aids. Até mesmo pessoal médico contribuiu para a disseminação de informações imprecisas e incorretas sobre a natureza e a propagação da Aids (DANIEL e PARKER 1991).

Uma das mais importantes consequências sociais da Aids foi a sua identificação com os homossexuais, o que levou POLLAK, já em 1988, ao esboço de uma Sociologia da Aids.

Inicialmente a Aids foi identificada como uma doença da elite, já que os primeiros casos referiam-se a indivíduos relativamente ricos que viveram muito tempo

em cidades como Nova York e Paris. Poucos anos depois, no entanto, passou a ser identificada com personagens ligados à marginalidade social: prostitutas, presidiários, travestis, crianças de rua e drogados (DANIEL e PARKER 1991).

Uma das consequências da identificação da Aids com os homossexuais foi a atitude de defesa tomada por integrantes desse grupo. Acostumados à discriminação e, algumas vezes com o apoio de lideranças, muitos homossexuais passaram a ver nas notícias sobre a epidemia uma campanha contra o grupo, o que os desestimulou a tomar medidas preventivas adequadas (PARKER e GALVÃO 1996).

Outra consequência da definição dos homossexuais como integrantes do principal “grupo de risco” foi a de desfavorecer a adoção de medidas preventivas por parte de indivíduos heterossexuais, que se sentiam invulneráveis à doença (GIL AC 1998).

A ligação simbólica da Aids com o homossexualismo, por sua vez, tem contribuído para que as medidas preventivas tenham sido dirigidas sobretudo aos homens. Como consequência, a vulnerabilidade da mulher em relação à Aids tem sido colocada como questão secundária, cercada, quase sempre, pelo silêncio tradicionalmente associado à sexualidade feminina (PARKER e GALVÃO 1996).

A evolução da epidemia apresenta, no entanto, notável contraste com essa noção popular. O contraste entre o imaginário popular e a realidade, entretanto, não torna a realidade menos dramática. A Aids já é a causa mais importante de óbito entre adultos jovens entre os 30 e 40 anos, em grandes cidades da América, incluindo São Paulo, e pode ser responsável por algo inimaginável: o crescimento demográfico

negativo em países da África subsaariana como a Zâmbia, onde a fertilidade feminina continua na base de cinco filhos por vida/mulher (PASTERNAK 1997).

O impacto da Aids na trama social dos vários países, as mudanças de comportamento que ela causou e ainda causa, os transtornos derivados dessa epidemia para os já inadequados serviços de saúde de países em desenvolvimento, os preconceitos e discriminações induzidas pela doença e o impacto diferente nos vários estratos sociais dão matéria para milhares de teses sociológicas - um material ainda a ser ricamente explorado pelos nossos estudiosos de ciências sociais (PASTERNAK 1997).

A Aids apresenta, desde o início da epidemia, sua maior magnitude na idade produtiva, atingindo grande contingente da população economicamente ativa, e essa tendência mantém-se até o presente. Em diversas regiões do mundo, a prevalência da doença concentra-se na faixa etária de 20 a 49 anos. No Brasil, até fevereiro de 1997, 71% dos casos notificados concentravam-se nas idades de 20 a 39 anos (CASSANO e col. 2000).

“No Brasil temos peculiaridades regionais, estaduais e até mesmo municipais da Aids: chegando ao centésimo milésimo caso relatado, imaginamos que a cada caso reportado da Aids existam 50 a 100 pessoas infectadas, das quais grande parte - mas não todas - ficarão doentes em algum futuro, que hoje parece ser bem mais remoto que há alguns anos ...” (PASTERNAK 1997).

O aparecimento da Aids veio ressaltar a necessidade de informações claras e precisas acerca da experiência sexual humana.

“A Aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade.” (GALVÃO 2000)

Pode-se afirmar mesmo que as limitações do conhecimento dos fatores humanos relacionados à Aids contribuíram para dificultar o conhecimento da epidemia e a elaboração de programas capazes de responder efetivamente aos riscos por ela colocados (ABRAMSON e HARDT 1990).

A fim de entender mais detalhadamente não só a disseminação da doença, mas as formas como a sociedade brasileira tem reagido a ela, impõe-se voltar a um contexto social e cultural mais amplo - mais especificamente, às crenças e práticas que estruturam as interações sexuais, a troca de sangue e derivados e o uso de drogas injetáveis. Se no Brasil, como em outras sociedades, a transmissão do HIV se dá através de tais comportamentos, as formas como tais comportamentos realmente se configuram são tudo menos aleatórias, e para entender o caráter e desenvolvimento específicos da Aids no Brasil é necessário ter uma noção das formas como tais práticas são constituídas social e culturalmente (DANIEL e PARKER 1991).

Da mesma forma que nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, a maioria dos casos de Aids relatados até agora no Brasil está associado a contatos homossexuais. Entretanto, casos de Aids associados a contatos bissexuais, também, têm sido insolitamente comuns, e a transmissão heterossexual ocorre de forma cada vez mais significativa a cada ano, surgindo, no final da primeira década da epidemia, como o modo mais rápido da disseminação do HIV no país como um todo. Por outro lado, como ocorre nos países em desenvolvimento da África e do Caribe, os casos de

Aids associados à transfusão de sangue contaminado têm sido relativamente comuns e continuam a ser registrados com frequência. Ao mesmo tempo, a infecção pelo HIV relacionada ao uso de drogas endovenosas (que parece ser quase desconhecida na África) tem aumentado rapidamente nos últimos anos dominando o perfil epidemiológico em algumas partes do país (PARKER 1994).

Atualmente, o perfil da epidemia de Aids, assim como a disseminação do HIV em nosso meio, têm sido significativamente alterado pelo grupo dos usuários de drogas injetáveis (UDI). Desde 1983, quando se registrou o primeiro caso de Aids relacionado ao uso de drogas injetáveis no Brasil, e principalmente a partir de 1986, o número de casos notificados de Aids entre UDI tem tido um aumento considerável em nosso país. Deste ano em diante, o número de casos notificados aumentou de 46 (2,9% do total) para 1.371 casos (23,2%) em 1990, e 3.080 casos (26,1%) em 1993 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995).

É também significativo o fato de que, uma vez disseminada a infecção entre os UDI, eles podem servir como ponte para que o HIV atinja a população heterossexual, em especial as mulheres, parceiras sexuais destes usuários. Tal fato poderia explicar o crescente número de casos de Aids entre mulheres no Brasil, assim como o reflexo direto destes casos femininos sobre o crescente e explosivo número de casos perinatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995).

No começo da década a 90, o rápido aumento da epidemia do HIV/Aids entre a população feminina, que na verdade havia se consolidado na década anterior, fez com que as estratégias de prevenção voltadas à diminuição da transmissão heterossexual se tornassem uma questão central para o controle da epidemia. Apesar

deste fenômeno, denominado feminização, estar também conectado ao aumento da transmissão do vírus pelo compartilhamento de seringas contaminadas, a disseminação da infecção entre as mulheres acontece basicamente pela via sexual, através de seus parceiros, usuários ou não de drogas injetáveis (BARBOSA 2000).

No Brasil, a transmissão heterossexual é hoje o principal motor da epidemia e a proporção de mulheres frente ao conjunto de novos casos de Aids vem aumentando progressivamente (SZWARCWALD e col. 2000).

Uma inspeção, mesmo superficial, dos *Boletins Epidemiológicos*, publicados pela Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde ao longo dos anos, evidencia a progressiva diminuição da razão de novos casos masculinos/femininos, hoje em torno de 3:1 no país como um todo, com diversos municípios com razões entre os sexos em torno de 2:1 (SZWARCWALD e col. 2000; BASTOS 2000).

Em São Paulo, o uso de drogas injetáveis parece ser mais frequente entre os homens. Dentre os casos de Aids associados a esta prática a relação M/F é de 4/1. Com isto tem-se um grande contingente de homens usuários de drogas injetáveis que também são heterossexuais e pobres e que se relacionam afetiva e sexualmente com mulheres também pobres. Dentre os casos de Aids, em todo o Estado de São Paulo, entre as mulheres, onde a prática heterossexual foi a situação de risco para a infecção, cerca de 35% sabiam ter tido um parceiro que usava drogas injetáveis, a parceria com bissexuais é referida por cerca de 7% das mulheres, enquanto que a referência a práticas heterossexuais com vários parceiros ou sem maiores especificações é referida por 40% das mulheres (KALICHMAN 1994).

Nas regiões mais periféricas do município de São Paulo, de urbanização mais recente, de menor infra-estrutura de serviços urbanos, que reúnem a população com as ocupações de menor qualificação e remuneração, apresentam a maior concentração de casos associados ao uso de drogas endovenosas e à prática heterossexual, onde a parceria com usuários de drogas injetáveis assume grande importância, além de aumento da epidemia em todas as categorias de transmissão. O inverso é visto quando nos dirigimos às áreas centrais do município (BARBIERI, BUCHALLA e GIANA 1992).

Se a Aids foi identificada no imaginário popular com um grupo discriminado, na realidade ela se relaciona com um outro grupo ainda mais desfavorecido que é o dos pobres. Nos Estados Unidos, hispânicos e negros têm um risco muito maior de adquirir Aids que os brancos e os pobres, muito mais do que os ricos. No Brasil não se dispõe de dados precisos, mas a situação é muito parecida: meninos e meninas de rua, pobres mais pobres, drogados, presos e profissionais do sexo apresentam um risco muito maior de contrair Aids (PASTERNAK 1997).

No decorrer da última década da epidemia de Aids ocorre a construção social de situações de risco ou de maior fragilização ou vulnerabilidade, que conectam as práticas sexuais e o uso de drogas injetáveis à infecção pelo HIV dentro de um contexto urbano marcado pela desigualdade, levando ao crescimento mais acentuado da epidemia em áreas sócio-geográficas periféricas na cidade, e entre setores minoritários e/ou marginalizados na população. Por outro lado, existe a percepção de um processo de pauperização e banalização da epidemia que se dá em escala mundial

(há sinais de indiferença e de complacência nas respostas da sociedade e dos governos frente à Aids ... (KALICHMAN 1994).

Um outro componente, que pode estar trazendo conteúdos de banalização para dentro das representações sociais mais amplas sobre a Aids, é a associação dos processos de pauperização e “heterossexualização” dos atores sociais envolvidos na epidemia. A Aids continua crescendo também entre homens pobres ou não, que têm sexo com outros homens mas que não se identificam com a comunidade “gay” organizada, pois encontram-se mais próximos da normalidade heterossexual dominante.

Os processos sócio-culturais que marcam a pauperização da epidemia em São Paulo estão ligados de maneira mais evidente ao uso de drogas injetáveis e às práticas heterossexuais. Os atores sociais envolvidos neste processo são, na sua maioria, homens e mulheres pobres e moradores da periferia, os chamados indiferenciados (KALICHMAN 1994).

Nos últimos anos, o aumento dos casos entre heterossexuais indica mudança no perfil da epidemia pelo HIV/Aids no Brasil expressando uma dimensão social mais ampliada da doença (CASSANO e col. 2000).

Torna-se imprescindível, portanto, intensificar a realização de pesquisas, primordialmente sobre os fatores humanos, individuais e sociais, para melhor conhecimento da conduta, do processo cognitivo e das emoções envolvidos no relacionamento humano e conjugados à transmissão do HIV (TEMPORINI 1996).

1.2. Consciência em relação à Aids e percepção de risco

O fato de que a Aids pode desempenhar um importante papel ao redefinir, pelo menos de modo parcial, a categorização e classificação das identidades sexuais no Brasil é, por si só, um sinal do impacto que já exerceu, especialmente, dentro da subcultura homossexual. Isso se confirma nitidamente pelo grau de conhecimento e de informações básicas sobre infecção pelo HIV e sobre Aids entre homossexuais masculinos (PARKER 1994).

O perfil algo contraditório de conhecimento e informação, associado à muitas dúvidas ou contradições em relação ao HIV/Aids, além da falta de estruturas de apoio comunitárias, que possam reforçar a mudança de comportamento para redução do risco, não é surpreendente que, enquanto uma parcela significativa de homens homossexuais relate mudanças de comportamento em resposta à epidemia, a natureza dessas mudanças nem sempre é clara, e o seu grau de implementação nem sempre é totalmente consistente (PARKER 1994).

É certo que, em consequência da Aids, já ocorreu alguma mudança de comportamento na população homossexual e bissexual no Brasil. Porém, em inúmeros aspectos, essa mudança de comportamento foi limitada, as vidas de muitos continuam caracterizadas por índices significativos de comportamento de alto risco. Impõe-se, portanto, a necessidade urgente de programas de promoção da saúde direcionados à homens homossexuais e bissexuais em todo o país (PARKER 1994).

A percepção de risco social, como assinalam PROHASKA e col. (1990), figura implicitamente nas pesquisas e intervenções destinadas a reduzir a difusão da Aids. As campanhas educativas, por exemplo, fundamentam-se na crença de que à medida que se educam as pessoas acerca dos riscos e das formas de transmissão do HIV, favorece-se a redução dos comportamentos de risco.

Para SLOVIC (1987), as pessoas que trabalham com promoção de saúde precisam saber como a população pensa e responde ao risco, visto que sem esse conhecimento, políticas bem intencionadas podem ser ineficazes. Diversos estudos, por sua vez, sugerem que altas percepções de risco resultam em mudanças comportamentais (ALLARD 1989; BECKER e JOSEPH 1988; EMMONS e col. 1986; SOLOMON e DE JONG 1986).

Embora possam ser identificadas falhas e insuficiências nas pesquisas referentes à percepção de risco, em relação à Aids (KOWALEWSKI, HENSON, LONGSHORE 1997), esse fator assume grande importância. Primeiramente porque a Aids é caracterizada por alto grau de incerteza em relação à primeira exposição ao HIV. Depois, porque o período em que o organismo desenvolve anticorpos é longo. Como consequência, a incerteza tende a permanecer mesmo após a adoção de condutas preventivas (PROHASKA e col. 1990).

Para que as pessoas adotem condutas preventivas, devem admitir a possibilidade de haver risco pessoal de adquirir HIV/Aids. Cabe, entretanto, distinguir entre percepção de risco pessoal e social. A percepção de risco social envolve a crença de que o problema existe, em nível mundial, nacional ou local. Já a percepção de risco pessoal corresponde à percepção da própria vulnerabilidade ou medo do indivíduo em

relação à doença (SNYDER e ROUSE 1992). Admite-se que a percepção de risco pessoal constitui determinante de mudança comportamental mais decisiva do que a percepção de risco social.

A percepção de risco, por sua vez, constitui um dos aspectos mais importantes na determinação da conduta em saúde. Tanto é que a percepção de risco pessoal constitui o aspecto psicodinâmico mais saliente nos principais modelos de comportamento em saúde. Nem sempre, porém, a avaliação de risco pessoal é feita com base em dados factuais. Importante papel nesse processo é determinado pelas crenças (GIL AC 1998).

A Aids está associada no imaginário popular a práticas homossexuais masculinas e consumo de drogas injetáveis. Por essa razão homens heterossexuais não consumidores de drogas, bem como mulheres, tendem a subestimar seu risco pessoal de contrair o HIV (GIL AC 1998). Entre mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis pode haver uma certa tendência de adoção de conduta preventiva em relação ao risco de contrair o HIV, bem como a possibilidade de contaminar também a criança gerada dessa relação (AHLUWALIA, DeVELLIS e THOMAS 1998).

As pessoas tendem a classificar eventos ameaçadores a partir de valores morais. A percepção de risco deriva de sistemas de crenças que justificam e reforçam comportamentos socialmente sancionados. Nesta acepção, a ocorrência de certas doenças tende a ser interpretada como uma forma de justiça primitiva. Com relação a Aids isto é bem evidente. Muitas pessoas tendem a admitir que a Aids é consequência de um comportamento imoral. Assim, essas pessoas relutam em admitir o risco de contrair uma doença associada a desvios de conduta (GIL AC 1998).

O indivíduo infectado pelo HIV pode apresentar risco para a sociedade, em função de comportamento sexual e outros não preventivos, que possibilitam a disseminação do HIV na sociedade.

Embora se reconheça que a educação constitua a mais poderosa medida para a prevenção da Aids, sua implementação mostra-se difícil, quando seu objetivo é mudar comportamentos de risco. Tem sido registrado o sucesso de programas objetivando a adoção de cintos de segurança, cuidados na condução de veículos, realização de exercícios físicos ou o abandono do fumo ou do álcool, entre outros. A avaliação do sucesso de um programa relacionado à conduta sexual preventiva, entretanto, mostra-se muito mais complexa, pois não basta saber quantas pessoas participaram de cursos ou palestras ou como reagiram a elas. A efetiva avaliação requer que se saiba em que medida o programa foi capaz de promover mudanças na conduta sexual preventiva da população-alvo (GIL e TEMPORINI 2000).

Há que se considerar que as práticas sexuais derivam de impulsos biológicos aos quais se torna difícil resistir. A atração sexual constitui um componente bastante valorizado na cultura juvenil. A atividade sexual pode ocorrer espontaneamente, quando o julgamento está ofuscado pelo consumo do álcool. Os preservativos podem ser rejeitados por serem antiestéticos, incômodos ou por dificultarem o prazer. A troca de seringas, por sua vez, tem sido entendida como elemento da subcultura dos consumidores de drogas (FINEBERG 1988, GOGNA 1998).

Ressalta-se a influência exercida por fatores humanos - biológicos e psicossócio-culturais na disseminação do HIV, dificultando o controle da pandemia

(FINEBERG 1988; JENKINS 1990). Em consequência, é necessário identificar influências restritivas ou impulsionadoras do comportamento humano relacionado à Aids, com vistas a intervenções educativas (TEMPORINI 1991).

No Brasil, diversos programas de planejamento familiar especialmente dirigidos à mulher introduziram ações educativas com base em modelos para redução de comportamentos de risco para DST/Aids (VENTURA FILIPE 1997). Alguns desses programas foram orientados para esclarecimentos e discussão de comportamentos de risco, bem como condutas preventivas que reduzissem a possibilidade de exposição ao HIV, após avaliação, constataram em relação a auto-percepção de risco uma diferença significativa: no Recife 42% das mulheres percebiam o risco para o HIV e no Rio de Janeiro 68% (COSTA e col. 1994).

Os modos de agir dependem, particularmente, da forma pela qual o indivíduo constrói a sua percepção de si próprio, de fatos, de objetos e dos grupos dos quais participa (TEMPORINI e col. 1996).

Durante pesquisa realizada entre 711 estudantes universitários de 17 a 32 anos em unidades de ensino superior no Estado de São Paulo, em relação à percepção de risco de contrair Aids por relação sexual, os estudantes manifestaram alto grau de preocupação ao manter relação sexual com parceiro pouco conhecido, significativamente maior entre as mulheres ($p < 0,05$). O estudo registrou que, em qualquer dos grupos etários, as mulheres declararam maior grau de preocupação do que os homens, de maneira significativa, supondo os autores atitude mais cautelosa das moças (TEMPORINI e col. 1996).

BROWN e col. (1998) observaram que, embora mães adolescentes tivessem conhecimento genérico sobre a infecção pelo HIV/Aids, bem como dos meios para prevenção do contágio pelo HIV durante a relação sexual, quase sempre adotavam comportamento de risco principalmente em virtude das barreiras que são colocadas contra o uso de preservativos. O estudo revelou que cerca de 50% delas raramente ou nunca se protegiam pelo uso de preservativos, a maioria (70%) usava rotineiramente contraceptivos hormonais.

As experiências de vida, ao lado do ensino formal, concorrem para a construção de conhecimentos, crenças, atitudes, valores, emoções e motivações, componentes importantes a condicionarem a percepção dos indivíduos acerca dos fenômenos biológicos, psíquicos e sócio-ambientais (TEMPORINI e col. 1996).

1.3. Manifestações bucais freqüentes em indivíduos infectados pelo HIV

Apesar dos progressos realizados com as mais variadas investigações sobre o HIV e a Aids, o conhecimento da enfermidade é, todavia, insuficiente, torna-se necessário resolver importantes questões a respeito dos determinantes da sensibilidade individual ao vírus; os fatores que retardam ou aceleram a progressão da enfermidade; os modos de entrada e disseminação do vírus no organismo; a interação do vírus com distintos tipos de células; e os motivos da ampla variedade de problemas imunológicos que sofrem as pessoas infectadas pelo HIV (OMS 1994).

O conhecimento dos modos de transmissão e de sua relação com a evolução clínica da enfermidade em diferentes regiões do mundo é importante para identificar os fatores relacionados ao comportamento e/ou infecciosos que podem se associar à disseminação do HIV e a evolução da infecção (OMS 1994).

O HIV, agente etiológico da Aids, é um retrovírus pertencente à família *retroviridae* e subfamília *lentivirinae*.

O HIV apresenta em seu cerne a transcriptase reversa, enzima responsável pela conversão do RNA viral em DNA, que será incorporado ao genoma do hospedeiro, permanecendo latente como provírus, sendo posteriormente ativado produzindo novas partículas virais (CIMERMAN 1998).

A característica básica da infecção pelo HIV é a depleção progressiva do subgrupo auxiliar/indutor dos linfócitos T4. O HIV infecta uma grande quantidade de células humanas: linfócitos T4, monócitos, macrófagos, precursoras da medula, micróglia, de Langerhans e várias células do aparelho digestivo e do sistema nervoso. A infecção e a destruição das células T4 são um marco fundamental na fisiopatologia da infecção pelo HIV e este linfócito leva a desarticulação do sistema imunológico, dada a falência deste. Evidências progressivas demonstram que a replicação viral é o mecanismo responsável pela destruição em larga escala do sistema imune e da conseqüente progressão da doença em indivíduos infectados pelo HIV (CIMERMAN 1998).

Como conseqüência, parasitas oportunistas, que convivem pacificamente com indivíduos saudáveis, passam a ser patogênicos e letais para os infectados pelo HIV.

Por essa razão, os sintomas da doença são tão diversificados, pois dependendo do microrganismo infectante, podem, então, se manifestar sob a forma de doenças oportunistas.

Após o isolamento do agente etiológico da Aids, em 1983, diversos pesquisadores preocuparam-se com a investigação das doenças oportunistas que começavam a se disseminar no organismo de indivíduos infectados pelo vírus da Aids, bem como manifestações bucais associadas à infecção. Já, em 1983, EVERSOLE e col., em estudo entre homens homossexuais adultos jovens, referem a presença do sarcoma de Kaposi como manifestação bucal associada a Aids.

GREENSPAN e col., em 1984, observaram a presença de leucoplasia pilosa em homens homossexuais, bem como evidências da associação com herpes vírus e condiloma acuminado, causado pelo papiloma vírus humano (HPV). Da mesma forma, também, em outro estudo em 1984, KLEIN e col. relataram a ocorrência de candidíase oral em pacientes com comportamento de alto risco para a Aids, como uma manifestação inicial da infecção pelo vírus da Aids.

MIGLIORATI, em 1985, na Universidade da Califórnia, estudando as manifestações bucais da Aids, considera dois grupos de lesões: 1) tumores malignos, sendo o mais freqüente o sarcoma de Kaposi, depois o linfoma e o carcinoma epidermóide; 2) infecções oportunistas das quais a mais freqüente é a candidíase, seguindo-se a leucoplasia pilosa, o herpes simples e o condiloma acuminado.

FRIEDLAND e col., em estudo em 1986, bem como SYRJÄNEN e col, em 1988, observaram a candidíase oral como manifestação bucal em casos de

complexo relacionado à Aids, ou mesmo pacientes com Aids, principalmente homens homossexuais. Também, em 1986, WINKLER; WINKLER e MURRAY, em 1987, relataram a presença de doença periodontal em homens homossexuais como manifestação bucal relacionada à Aids.

GREENBERG, em 1988, relatou observações em pacientes infectados, com imunossupressão nos quais é constante a presença do herpes simples oral. Complementando os estudos anteriores acerca das manifestações bucais da Aids, PINDBORG, em 1989, estabeleceu a primeira classificação de lesões orais associadas à infecção pelo HIV.

COHEN e col, em 1988, relatam que infecção por HZV (Vírus da Varicela Zoster) disseminada pode ocorrer em pacientes imunodeprimidos com quadro de infecção pelo HIV. Esta pode significar manifestação inicial da Aids. Infecção por HZV localizada ocorre mais frequentemente em pacientes HIV soropositivos.

FICARRA e col, em 1996, investigaram a causa e aspectos clínicos de úlceras bucais em pacientes infectados pelo HIV. A maioria delas ocorrem em pacientes com imunodepressão severa. Entre os pacientes pesquisados 47% apresentavam ulcerações aftosas, e 31,5% dos pacientes apresentavam ulcerações causadas por herpes vírus. Quadro de linfoma não Hodgkin foi apresentado por 5% dos pacientes com ulcerações. Os aspectos clínicos variavam desde múltiplas úlceras menores até grandes úlceras recorrentes.

Nas pessoas infectadas pelo HIV as lesões orais são frequentes e variadas e figuram entre os primeiros sintomas da infecção. Entre as manifestações bucais mais

freqüentes associadas à infecção pelo HIV, encontram-se a candidíase oral, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi. A presença da candidíase oral pseudomembranosa e da leucoplasia pilosa oral indicam uma forte probabilidade de que a infecção pelo HIV evolui para a Aids (SILVERMAN Jr. e col. 1986; ANDRIOLO e col. 1986).

A candidíase oral persistente e a leucoplasia pilosa são sinais diagnósticos importantes e indicam progressão no espectro da infecção pelo HIV em direção ao quadro de Aids. Caso não esteja estabelecida, ainda, esta condição clínica, tudo indica que, uma vez existam candidíase oral persistente e/ou leucoplasia pilosa, a infecção pelo HIV tem 60 a 80% de possibilidade de evolução para o quadro de Aids num período de até dois anos. Tanto a candidíase oral quanto a leucoplasia pilosa são sinais praticamente específicos da infecção pelo HIV; a candidíase oral é muito rara em adultos não diabéticos e a leucoplasia pilosa não é observada em nenhuma doença que não a produzida pelo HIV (GREENSPAN 1992 e col. 1992).

A candidíase oral pode ser a manifestação inicial mais comum da Aids, sendo um importante indicador de comprometimento imunológico. Sabe-se que em indivíduos adultos é uma ocorrência rara, quando não há doença imunodepressora subjacente, quando não houve tratamento prévio com corticosteróides, outros imunossupressores ou antibióticos. Em mais de 50% das vezes a candidíase oral pode anteceder o advento de infecções oportunistas graves em pacientes HIV - positivos (KLEIN e col. 1984).

A leucoplasia pilosa é uma infecção viral que, originalmente, se acreditava ocorrer em pacientes com imunossupressão resultante de quimioterapia hoje

demonstra ser um possível indicador da Aids. Observada inicialmente em homossexuais masculinos, passou, também, a ser uma manifestação bucal em mulheres, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV (GREENSPAN e col. 1984, 1985; SILVERMAN e col. 1986; RAMIREZ e col. 1990).

Desde a observação da leucoplasia pilosa entre homens homossexuais e associação com vírus do grupo herpes e papilomavírus, em São Francisco, em 1984 (GREENSPAN e col.), esta lesão branca, mais comumente localizada nas bordas da língua, tem sido encontrada na boca de pessoas infectadas pelo HIV. Na ausência de tratamento anti-retroviral ela quase sempre indica uma rápida progressão da infecção (GREENSPAN e GREENSPAN 1992).

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia mais freqüentemente relacionada à Aids, pode apresentar-se como uma manifestação bucal nos casos iniciais da Aids. Está ligado ao fator celular do crescimento, que estimula a proliferação de vasos sanguíneos e linfáticos e do tecido conjuntivo fibroso. Há uma forte predileção pelo sexo masculino, adultos jovens, homo e bissexuais, com uma relação homem/mulher de cerca de 20/1.

Entre as neoplasias associadas à Aids depois do sarcoma de Kaposi aparece em segundo lugar como manifestação bucal mais freqüente o linfoma não Hodgkin e é encontrado geralmente em usuários de drogas endovenosas infectados pelo HIV. Embora não pareça ser muito comum na cavidade bucal, desde o aparecimento da AIDS tem sido significativo o aumento do número de casos de linfoma bucal em pacientes HIV soropositivos. Em alguns pacientes observa-se

presença de sarcoma de Kaposi e linfoma não Hodgkin intraoral que é muito mais agressivo para o organismo. A localização mais frequente foi observada na região posterior do palato duro e gengiva (BRAHIM, KATZ e ROBERTS 1988; LOZADANUR e col. 1996).

Outra neoplasia, o carcinoma epidermóide de ocorrência comum em indivíduos com mais de 40 anos, pode ser encontrado em homens, homossexuais e jovens, algumas vezes relacionado à candidíase (SILVERMAN e col. 1986).

No Brasil, as manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV mais frequentes são, indiscutivelmente, a candidíase, seguida pela leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi (DIAS e col. 1998). Enquanto que em alguns países a doença periodontal, associada à infecção pelo HIV, costuma ser frequente, no Brasil não é comum ser encontrada. A doença periodontal pode ser diagnosticada mais frequentemente nos estágios mais adiantados da infecção pelo HIV (LACAZ e col. 1990; WINKLER 1986). DENNISON e col., em 1985, relatam alta incidência de gengivite úlcero necrosante aguda (GUNA) que é agravada em pacientes com comportamento de risco infectados pelo HIV. ROBERTS e col., em 1988, examinando 84 pacientes no “National Institute of Dental Research” - NIDR, observaram entre as manifestações bucais da Aids a predominância de doença periodontal de avanço rápido, gengivite úlcero necrosante aguda (GUNA), candidíase e sarcoma de Kaposi. Fazem também um estudo comparativo de seus achados com os de outros pesquisadores (Tabela 1.1).

Tabela 1.1 - Prevalência das manifestações bucais em pacientes infectados pelo HIV ou com Aids em diferentes estudos. (Números relativos)

Estudos		Candidíase oral	Sarcoma de kaposi	Leucoplasia pilosa	Herpes simples	Periodontite avançada	GUNA Gengivites	Ulcerações Estomatites
ROSENBERG et al.	1985	49,0*	34,0	49,0*	-	-	-	-
MARCUSEN e SOOY	1985	31,0	35,0	-	4,0	-	-	-
SILVERMAN Jr. et al.	1986	70,0	45,0	23,0	9,0	19,0	-	7,0
BARR e TOROSIAN	1986	94,0 _{H/B} 81,0 _{IVDA}	20,0 _{H/B} 69,0 _{IVDA}	-	9,0 _{H/B}	-	-	-
ROBERTS et al.	1988	29,0	38,0	4,0	-	23,0	58,0	2,0
ARENDORF et al.	1998	37,8	1,5	19,7	-	8,3	4,5	2,9

* Referido como lesão oral branca (diagnóstico específico não confirmado).

(H/B) homossexual / bissexual - (IVDA) usuário de droga endovenosa.

Fonte: ROBERTS MW, BRAHIM JS, RINNE NF. Oral manifestations of Aids: a study of 84 patients.

J Amer Dent Assoc 1988; 116: 863-6.

ARENDORF TM, BREDEKAMP B, CLOETE CAC, SAUER G. Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients. **J. Oral Pathol Med** 1998; 27: 176-9.

Entre as manifestações bucais que ocorrem em indivíduos infectados pelo vírus da Aids, a candidíase oral é a que merece maior atenção pois age como verdadeiro sinalizador da evolução da doença (LIMA e col. 1994). Vários pesquisadores, conforme cita LACAZ e col., 1990, têm constantemente observado que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma forma de lesão bucal associada à infecção pelo HIV.

Em relação aos avanços no tratamento da Aids, desde quando a zidovudina, a primeira droga utilizada no tratamento, em 1987, foi avaliada, os tratamentos disponíveis atualmente através de terapias combinadas conseguem retardar a progressão da doença, além de aumentarem a sobrevida e melhorarem a qualidade de vida dos pacientes (CIMERMAN 1998).

Vários ensaios clínicos foram propostos e publicados na literatura, subsidiando a mudança de tratamento monoterápico para a terapia combinada. Estes estudos são um marco na terapia anti-retroviral, praticamente encerrando a era da monoterapia e propondo o uso de tratamento combinado, com resultados altamente significativos.

Nesta época, usava-se a combinação tão somente de inibidores da transcriptase reversa, visto não existirem dados consistentes de drogas anti-retrovirais com ação em outros sítios. A partir de 1995, os inibidores de protease estabeleceram outro marco na terapia antiviral. Inúmeras pesquisas com essas drogas estão sendo realizadas, atestando sua potente ação anti-HIV (CIMERMAN 1998).

As proteases constituem um complexo de enzimas composto por dímeros denominados proteinases. A inibição da atividade da protease viral resulta na produção de partículas virais imaturas e deficientes incapazes de infectar novas células (BARTLETT 1996).

Com o advento e a conseqüente associação de inibidores de protease aos análogos nucleosídeos, diversos estudos hoje tornam evidente um marcante decréscimo da carga viral plasmática e até mesmo certa reconstituição da imunodeficiência (BARTLETT 1996).

Já estão liberados para uso terapêutico quatro inibidores de protease: mesilato de saquinavir, ritonavir, sulfato de indinavir e o mesilato de nelfinavir. Essas drogas são bem toleradas. Apresentam toxicidade substancialmente menor que a maioria dos análogos nucleosídeos (CIMERMAN 1998).

Tendo em vista os elevados custos dos inibidores de protease e do teste da carga viral, a maioria dos pacientes HIV soropositivos que vive em países em desenvolvimento não tem acesso à terapia ideal. Portanto, a ênfase na prevenção da transmissão deve ser reforçada, a fim de que se possa ter uma redução significativa na taxa de transmissão do HIV.

A terapêutica combinada de inibidores da protease com inibidores de transcriptase reversa no tratamento de infecção pelo HIV tem mostrado uma redução de até 99% da carga viral no sangue.

Os pacientes submetidos a essa terapêutica por mais de dois anos apresentam também uma redução significativa das manifestações bucais da Aids (GIL JN 1998).

Foi relevante, para esta pesquisa, identificar as manifestações bucais mais frequentes associadas à infecção pelo vírus da Aids, bem como percepções de indivíduos infectados em relação à doença.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar as manifestações bucais mais freqüentes em indivíduos infectados pelo vírus da Aids.
- 2.2. Verificar percepções de indivíduos infectados pelo vírus da Aids em relação ao risco, à origem e gravidade das manifestações bucais.
- 2.3. Verificar percepções de indivíduos infectados pelo vírus da Aids em relação às consequências psicossociais e orgânicas da infecção.
- 2.4. Identificar percepção da possibilidade de transmitir o vírus da Aids.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de Pesquisa

O delineamento adotado para o desenvolvimento desta pesquisa foi o “survey” analítico. As informações foram obtidas de forma retrospectiva para os dados referentes às manifestações bucais da Aids e de forma transversal no estudo de variáveis psicossociais.

A escolha desse tipo de estudo deveu-se à natureza do objeto da pesquisa, já que o “survey” constitui tipo de estudo adequado para investigação tanto de características sócio-econômicas quanto de componentes perceptivos. Além disso, o “survey” possibilita descrever e analisar as variáveis selecionadas como se apresentam, sem realizar qualquer manipulação. Esse tipo de estudo permite obter-se visão realista dos fenômenos observados e identificar as influências exercidas por determinadas características no objeto de estudo (ABRAMSON JH, 1990; TEMPORINI, 1995).

Não houve preocupação em generalizar resultados, tendo-se adotado amostragem de conveniência.

3.2. Objeto de estudo

A presente investigação teve por objeto de estudo aspectos sociais, percepção de risco e manifestações bucais da Aids em indivíduos infectados residentes no município de São Paulo.

3.3. População e amostra

A população foi constituída por indivíduos infectados pelo HIV, residentes no município de São Paulo, em tratamento no Centro de Referência DST / AIDS do município de São Paulo.

Para o desenvolvimento do estudo formaram-se duas amostras distintas:

- A) Uma amostra foi constituída por 328 indivíduos que compareceram aos locais de tratamento no período de maio a agosto de 2000 e que consentiram em participar da pesquisa (Centro de Referência DST/AIDS Butantã, Campos Elíseos, Ipiranga, Jabaquara, Lapa e N. Senhora do Ó). Cada participante foi esclarecido sobre os propósitos da pesquisa com liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo para

o seu tratamento. Todos os participantes assinaram o consentimento para participar do estudo de forma voluntária.

B) A outra amostra, formada por 276 indivíduos, foi obtida de forma retrospectiva por levantamento de registros clínicos nos locais retrocitados.

3.4. Variáveis selecionadas

3.4.1. Variáveis dependentes

- Manifestações bucais consequentes à infecção pelo HIV
- Percepções acerca de:
 - origem das manifestações bucais e sua gravidade (Q.15, Q.16, Q.17 e Q.18);
 - gravidade da Aids (Q.19);
 - consequências da infecção pelo HIV (Q.20, Q.22, Q.23 e Q.24);
 - consequências do tratamento (melhoria dos sintomas e possibilidade de cura da doença) (Q.13 e Q.14);
 - risco de tornar-se agente de transmissão do HIV (Q.21).

3.4.2. Variáveis independentes

- Local de tratamento (Q.1);
- Presença / ausência de tratamento anti-retroviral preventivo (Q.11 e Q.12);
- Tempo de tratamento anti-retroviral(Q.9);
- Sexo (Q.2);
- Idade (Q.4);
- Situação ocupacional (ocupação, vínculo ocupacional) (Q.5 e Q.6);
- Escolaridade (Q.7);
- Situação conjugal (Q.8);
- Papel sexual (homo, bi, heterossexual) (Q.27);
- Categoria de exposição (Q.28 e Q.29);
- Mudança de comportamento sexual após saber ser portador do HIV (Q.25);
- Mudança de comportamento social após saber ser portador do HIV (Q.26);
- Fontes de informação sobre a Aids (Q.31).

3.5. Instrumento de medida

3.5.1. Questionário

O instrumento adotado para mensuração das variáveis consistiu em um questionário aplicado por meio de entrevista a cada um dos indivíduos participantes da pesquisa (Anexo IV).

As questões foram elaboradas a partir de variáveis selecionadas e basearam-se em pesquisa exploratória realizada com indivíduos infectados pelo HIV com características semelhantes às da amostra.

Procurou-se garantir o maior número possível de questões fechadas e que possibilitassem a mensuração das variáveis em nível de escala ordinal com vistas à operacionalização das variáveis.

3.5.2. Ficha para registro de manifestações bucais da Aids

Utilizou-se uma ficha para registro de manifestações bucais da Aids com base em dados secundários levantados em prontuários de pacientes em tratamento nos locais de atendimento do Centro de Referência DST / AIDS do município de São

Paulo. A utilização da ficha possibilitou a sistematização na coleta dos dados para adequação do processamento em microcomputador (Anexo III).

Na coleta dos dados secundários foram desprezados os prontuários nos quais não havia diagnóstico fechado das manifestações bucais, ou em que, mesmo havendo, foram anotados de forma incompreensível. No final do levantamento obtiveram-se 276 fichas que compuseram a amostra.

3.5.3. Pesquisa exploratória

A elaboração do instrumento foi precedida de pesquisa exploratória, buscando identificar variáveis relevantes, repertório de conhecimentos e vocábulos populares, o que permitiu elaborar um instrumento de medida estruturado e adequado à realidade que se pretendeu investigar. Corrigiram-se, assim, possíveis vieses do pesquisador, assegurando-se à pesquisa a condição essencial da objetividade (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995).

No presente estudo, realizaram-se três etapas exploratórias, com finalidades específicas, no Centro de Referência DST / AIDS - Butantã. Na primeira etapa, procurou-se obter o maior número de informações, entrevistando oito indivíduos de ambos os sexos infectados pelo HIV. Foram formuladas perguntas gerais sobre o tema da pesquisa, estimulando o entrevistado a expor suas próprias idéias a respeito. Essas entrevistas foram gravadas e, com base nos seus resultados, foi elaborado um roteiro, a partir do qual, foram realizadas entrevistas na segunda etapa

(Anexo I). Este roteiro foi elaborado a partir dos resultados mais frequentes e relevantes e foi utilizado para a realização de mais dez entrevistas. Estas entrevistas, contendo perguntas mais específicas, possibilitaram a identificação de expressões e/ou maneira de se referir dos participantes.

Por fim, foram realizadas mais seis entrevistas, com maior nível de estruturação e com perguntas específicas, as quais possibilitaram identificar, de maneira exaustiva, as alternativas possíveis para cada uma das questões propostas. Quando se percebeu o “ponto de saturação”, ou seja a repetição das informações, ao longo das entrevistas, foi encerrado o processo.

Com base nos resultados desse estudo exploratório foram definidas as questões para integrar o instrumento definitivo, com as alternativas de resposta mais adequadas, tanto em termos de conteúdo quanto de forma.

3.5.4. Pré-teste do instrumento

O teste prévio do questionário constitui prova necessária para assegurar a confiança e validade dos dados a serem obtidos na pesquisa (TEMPORINI, 1995).

No presente estudo, o questionário foi submetido a teste prévio. Foi aplicado a uma amostra de vinte indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 39 anos, que apresentaram características semelhantes às da amostra definitiva. Para evitar possível “contágio”, foram excluídos da amostra definitiva, os indivíduos que

participaram do pré-teste, bem como os que foram entrevistados na etapa do estudo exploratório.

Após o teste prévio, observou-se que o instrumento obteve boa compreensão, não havendo necessidade de se proceder a alterações. Atribuiu-se esse fato, principalmente, ao conhecimento dessa realidade, obtido em decorrência do estudo preliminar realizado.

3.6. Coleta de dados

Foram mantidos entendimentos com dirigentes do Centro de Referência DST / AIDS para esclarecimentos dos propósitos da pesquisa e solicitar autorização para aplicar o questionário, bem como coleta de dados secundários, nos locais de atendimento selecionados.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2000.

O questionário foi aplicado sob forma de entrevista individual pelo próprio pesquisador a cada um dos indivíduos que consentiram em participar da pesquisa.

A coleta de dados secundários foi realizada, também, pelo próprio pesquisador diretamente em prontuários de pacientes em tratamento no Centro de Referência DST / AIDS. Estes foram selecionados entre aqueles que iniciaram tratamento a partir de janeiro de 1988 e que tiveram diagnóstico de manifestações bucais em consequência da Aids.

3.7. Processamento dos dados

Após a coleta de dados, procedeu-se à revisão das fichas e dos questionários, tendo sido excluídos aqueles que apresentaram incorreções e local de residência fora do município de São Paulo. A seguir, todas as fichas e questionários foram tabulados eletronicamente, mediante a utilização do programa Epi-Info, versão 6.02 (DEAN e col. 1995).

3.8. Procedimentos para análise dos dados

3.8.1. Valor escalar médio

Aplicou-se tratamento matemático aos dados obtidos, que constituiu na redução dos valores de uma distribuição a um único valor, denominado “Valor Escalar Médio” (VEM). Sua finalidade e cálculo são descritos a seguir (TEMPORINI, 1986).

Após a obtenção dos dados e, considerando-se que, no presente estudo empregaram-se escalas ordinais e nominais, a fim de facilitar a comparação entre duas ou mais dessas distribuições, optou-se pela transformação das categorias qualitativas em categorias quantitativas.

O procedimento de quantificação das escalas ordinal e nominal consiste na atribuição de valores as suas categorias. Esses valores apresentam características ponderais e, quando aplicadas às distribuições de frequências, permitem obter-se a média ponderada, ou seja, o Valor Escalar Médio (VEM).

Desse modo, a escala é reduzida a um único valor, o que torna possível:

- situar esse valor em uma escala e, conseqüentemente, ter-se idéia de sua posição ou magnitude relativas;
- comparar, entre si, os valores de diversas escalas.

Para as escalas ordinais e em algumas escalas nominais, a atribuição de números às categorias foi realizada de acordo com a magnitude presumível do conteúdo implícito em cada categoria.

A apresentação dos resultados por meio do Valor Escalar Médio foi feita sem prejuízo da apresentação convencional das distribuições próprias das escalas ordinais e nominais.

3.8.2. Análise estatística

Para análise dos dados foram elaboradas tabelas de contingência e utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) para homogeneidade, sem correção de continuidade, bem como o teste qui-quadrado para tendência linear.

Foram considerados significantes os valores do qui-quadrado que deixaram área de probabilidade, à direita da distribuição, menos do que 5% (probabilidade de erro tipo I = 0,05).

Convencionou-se apontar nas tabelas os valores de $p < 0,05$, sem mencionar os valores resultantes do cálculo do qui-quadrado, os valores correspondentes a $p > 0,05$ foram referidos como “não significantes”.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Considerações preliminares

Na presente pesquisa optou-se por apresentar os resultados tomando, por princípio organizador, cada variável dependente descrita anteriormente na apresentação das variáveis estudadas.

Os cruzamentos foram seletivos. São apenas apresentados aqueles que pareceram oferecer maior interesse. A interpretação dos resultados foi realizada a partir da natureza e classificação das variáveis.

Nas tabelas são apresentados dois valores relativos expressos em percentagem, correspondendo aos valores absolutos. O primeiro valor relativo é calculado com base no n registrado para cada questão.

O segundo valor apresenta a seguinte interpretação:

- nas questões em que existe a categoria “não sabe”, não foram computadas para cálculo as frequências absolutas; considerando-se que esses valores não medem a variável a que se refere a questão.

A razão dessa dupla apresentação de valores relativos fundamenta-se no fato de que cada uma delas atende a finalidades distintas (TEMPORINI 1995).

- Com a inclusão de todos os valores da variável, que corresponde a forma clássica das apresentações tabulares, pretende-se apresentar a realidade de maneira integral. Essa forma de apresentação tem

finalidade basicamente descritiva; contudo, para fins de interpretação da variável, contém um possível fator de distorção.

- Com a inclusão dos referidos valores da variável, pretendeu-se alcançar uma interpretação mais condizente com a realidade. Como a presença das respostas “não sabe” impedem que a realidade seja apresentada quantitativamente por seus valores verdadeiros, considera-se necessário separá-los das demais respostas na análise dos resultados.

4.2. Características da amostra

A amostra foi coletada em seis unidades de atendimento do Centro de Referência DST/AIDS do município de São Paulo. Integraram a amostra 328 indivíduos, de ambos os sexos, infectados pelo HIV residentes no município de São Paulo.

As características pessoais dos integrantes da amostra vêm apresentadas nas tabelas 1 a 6.

Tabela 1 - Composição da amostra, segundo o sexo e a idade. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 328						
Características pessoais	Sexo					
	Masculino (n=223)			Feminino (n=105)		
	f	%	% *	f	%	% *
Idades (anos)						
18 a 22	44	19,8	13,4	37	35,3	11,3
23 a 26	53	23,8	16,2	27	25,7	8,2
27 a 30	46	20,6	14,0	23	21,9	7,0
31 a 35	40	17,9	12,2	16	15,2	4,9
36 e +	40	17,9	12,2	2	1,9	0,6
	$\bar{x}$ = 28 anos e 9 meses			$\bar{x}$ = 25 anos e 4 meses		

* % calculada em relação ao total de amostra.

Nota-se predominância dos indivíduos infectados do sexo masculino. Na amostra da pesquisa observa-se relação M/F igual a 2,1/1, o que é justificável pela presença nas regiões pesquisadas de uma relação M/F variável em torno de 3/1 (Tabela 1).

Em relação idade, observa-se que, nos indivíduos do sexo masculino, variou de 18 a 49 anos, média de 28 anos e 9 meses, e no sexo feminino variou de 18 a 39 anos, média de 25 anos e 4 meses. A maior frequência está concentrada entre 23 e 30 anos (44,4%) nos indivíduos do sexo masculino, e entre 18 e 26 anos (61,0%) nos indivíduos do sexo feminino.

Tabela 2 - Situação de trabalho. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Situação de trabalho	n=328	
	f	%
Trabalha	148	45,1
Desempregado	133	40,6
Benefício INSS (BI)	43	13,1
Aposentado	4	1,2
Total	328	100,0

Considerando a situação de trabalho, 45,1% dos indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo integrantes da amostra, declaram que ainda continuam no trabalho sem prejuízo do tratamento que vem recebendo nos locais de atendimento do Centro de Referência DST/AIDS.

Entre os indivíduos que não trabalham (54,9%) estão incluídos os desempregados, os aposentados e os que estão afastados e recebendo benefício do INSS enquanto estiverem em tratamento (Tabela 2)

Tabela 3 - Escolaridade. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Escolaridade	n=328	
	f	%
Ensino Fundamental		21,7
4ª série	8	2,4
5ª série	7	2,1
6ª série	7	2,1
7ª série	11	3,5
8ª série	38	11,6
Ensino Médio		57,6
1ª série	49	14,9
2ª série	30	9,2
3ª série	110	33,5
Ensino Superior		20,7
Incompleto	46	14,0
Completo	22	6,7
Total	328	100,0

Todos os indivíduos entrevistados freqüentaram a escola em alguma época. Uma parcela deles (21,7%) esteve matriculada no ensino fundamental, e destes 11,6% concluíram a 8ª série. A maioria freqüentou o ensino médio (57,6%). Outra

parcela dos indivíduos entrevistados esteve matriculada no ensino superior (20,7%), porém, destes somente alguns concluíram o curso superior (Tabela 3).

Tabela 4 - Situação conjugal. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Situação conjugal	n=328	
	f	%
Solteiro(a)	140	42,7
Casado(a)	35	10,7
Viúvo(a)	11	3,4
Separado(a)	43	13,1
Desquitado(a)	17	5,2
Divorciado(a)	9	2,7
Amasiado(a)	73	22,3
Total	328	100,0

Em relação à situação conjugal dos indivíduos participantes da amostra, a maioria declara ser solteiro, amasiado ou separado (78,1%), o que possibilita uma situação de risco maior para o contágio pelo HIV, em razão de possível exposição sexual por relacionarem-se na maioria das vezes com diferentes parceiros sexuais (Tabela 4).

Sendo a Aids considerada uma doença sexualmente transmissível e cada vez menos seletiva, a diminuição do número de parceiros constitui importante medida preventiva (GIL AC 1998).

Tabela 5 - Tempo de tratamento anti-retroviral. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Tempo de tratamento (em meses) *	n=328	
	f	%
2 a 5	80	24,4
6 a 9	64	19,5
10 a 12	94	28,6
18 a 30	90	27,5
Total	328	100,0

* Não foi declarado tratamento de 13 a 17 meses.

Os dados referentes ao tempo decorrido desde o início do tratamento com medicação anti-retroviral pelos indivíduos participantes da amostra, tornam evidente que os tratamentos mais recentes foram iniciados há dois meses, no momento da entrevista, e os tratamentos mais longos 30 meses.

A frequência do tempo de tratamento distribui-se de forma equivalente por todos os meses considerados na amostra pesquisada, porém, não foi declarado tratamento iniciado no período de 13 a 17 meses no momento da entrevista (Tabela 5).

Tabela 6 - Auto-avaliação de conhecimentos sobre a Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Auto-avaliação	f	%
Conhece:		
(3) Muito	36	11,0
(2) Mais ou menos	157	47,9
(1) Pouco	135	41,1
(0) Nada	-	-

VEM *	1,7	

Total	328	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.

A grande maioria dos respondentes (89,0%) admite saber pouco ou mais ou menos sobre a Aids. O Valor Escalar Médio (1,7) mostra a tendência dos indivíduos pesquisados de não terem muito conhecimento acerca da Aids.

Embora o conhecimento seja necessário para a ação, não constitui garantia para a mudança do comportamento humano em relação à saúde. Esse fato pode ser observado em estudos sobre conhecimento e conduta na prevenção da Aids, que tem evidenciado dissociação entre o que as pessoas sabem e as práticas por elas adotadas (TEMPORINI e col. 1996).

4.3. Resultados relativos às variáveis dependentes

4.3.1. Percepções relacionadas à Aids

Os resultados referentes às percepções dos indivíduos infectados pelo HIV em relação à Aids são apresentados nas tabelas 7 a 20.

Tabela 7 - Percepção acerca da gravidade da Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Percepção da gravidade da Aids	f	%
(4) Muito grave	268	81,7
(3) Grave	59	18,0
(2) Mais ou menos grave	1	0,3
(1) De pouca gravidade	-	-
(0) Sem nenhuma gravidade	-	-

VEM *	3,8	

Total	328	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 4.

Pelos resultados observados na tabela 7, verifica-se que a grande maioria dos indivíduos integrantes da amostra têm percepção de que a Aids é uma doença muito grave ou grave (99,7%). O resultado do Valor Escalar Médio (VEM) mais próximo do valor 4 da escala, confirma a tendência dos entrevistados em acreditarem ser a Aids uma doença muito grave.

Esse fato mostra-se semelhante ao evidenciado pelas conclusões de diversos estudos, principalmente por mudanças de comportamento de indivíduos temerosos pela gravidade da doença (VEST 1990; ANDRADE 1992; CAMARGO 1994; HEBLING 1997).

TEMPORINI (1995) em pesquisa realizada entre estudantes de faculdades localizadas no Estado de São Paulo, obteve os seguintes resultados: 99,0% dos estudantes do sexo masculino e 100,0% do sexo feminino consideraram a Aids como de gravidade máxima ou muito grave.

GIL AC (1998) em pesquisa realizada entre estudantes universitários da Grande São Paulo, refere que os estudantes situam a Aids bem próximo dos limites da gravidade máxima. Nada menos que 98,6% dos rapazes e 99,8% das moças percebem-na como doença muito grave ou grave.

Tabela 8 - Percepção acerca do risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Percepção do risco de transmissão	f	%
(3) Grande	190	57,9
(2) Médio	137	41,8
(1) Pequeno	1	0,3
(0) Nenhum risco	-	-
<hr/>		
VEM *	2,6	
<hr/>		
Total	328	100,0
<hr/>		

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.

Os estudos realizados sobre a infecção pelo HIV mencionam a possibilidade de transmissão do vírus das seguintes formas: transmissão sanguínea, transmissão sexual, transmissão perinatal e pelo leite materno. Outras formas de transmissão ainda não puderam ser comprovadas (FRIEDLAND e col. 1986; ZIEGLER e col. 1985).

Os resultados apresentados na tabela 8 acerca da percepção de risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, se não tomar qualquer cuidado, mostram que os respondentes têm percepção do risco ser grande (57,9%) ou médio (41,8%). O resultado do Valor Escalar Médio mais próximo do valor 3 da escala sugere que os

indivíduos entrevistados têm tendência em acreditar que é grande o risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, se não adotar qualquer cuidado preventivo.

A percepção de risco constitui um dos aspectos mais relevantes na determinação da conduta em saúde. As práticas preventivas são mais frequentes entre os jovens e os solteiros e entre os que mantêm uma destas quatro crenças: percepção da suscetibilidade da Aids, percepção acerca da sua gravidade, percepção de estar bastante sensível à prevenção e ter uma forte motivação para a saúde (ALLARD 1989; DONALD e col. 1994; GIL AC 1998).

LACERDA e colaboradores, em 1997, pesquisando comportamento de risco para Aids e outras DSTs entre caminhoneiros, concluíram que mesmo conhecendo medidas preventivas para as relações sexuais, nem sempre tomam qualquer cuidado preventivo para evitar um possível contágio.

Embora se reconheça que a educação constitua a mais poderosa medida para a prevenção da Aids, sua implementação mostra-se difícil, quando seu objetivo é mudar comportamento de risco (GIL e TEMPORINI 2000).

Há que se considerar que as práticas sexuais derivam de impulsos biológicos aos quais se torna difícil resistir. Assim, muitas vezes, os sujeitos mesmo tendo percepção do grande risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, se não tomar qualquer cuidado preventivo, adotam comportamento de alto risco para o HIV.

Tabela 9 - Percepção acerca das consequências da infecção pelo vírus da Aids no convívio com outras pessoas. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Consequências no convívio com outras pessoas	f	%
(3) Muito distante	148	45,1
(2) Mais ou menos distante	76	23,2
(1) Um pouco distante	101	30,8
(0) Da mesma forma que antes	3	0,9
<hr/>		
VEM *	2,1	
<hr/>		
Total	328	100,0
<hr/>		

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.

Os dados referentes à percepção dos indivíduos entrevistados acerca das consequências que a infecção pelo vírus da Aids causou no seu convívio com outras pessoas (tabela 9) distribuem-se com significativa dispersão. No entanto uma parcela considerável da amostra pesquisada admite um comportamento muito distante (45,1) ou um pouco distante (30,8%) em relação ao seu convívio com as pessoas. A minoria absoluta dos respondentes declara não ter havido alteração (0,9%).

Em pesquisa realizada com estudantes em 1998, população distinta da que compõe o presente estudo, GIL ressalta: “como a Aids é vista como uma doença incurável e que, além do sofrimento físico que causa aos seus pacientes, os discrimina socialmente, é de se admitir que a convivência com pessoas que ficaram doentes ou que morreram em decorrência da Aids possa exercer alguma influência nas percepções e comportamentos”. Nota-se semelhança em relação à situação vivenciada pelos respondentes, conforme alguns relatos obtidos neste estudo durante a pesquisa exploratória, que exemplificam as consequências que a infecção pelo vírus da Aids causou no convívio com outras pessoas.

- *Quando a minha família soube da minha doença, pediu que eu saísse de casa. Agora vivo numa casa de apoio para aidéticos.*
- *Ter o vírus é uma coisa minha, não tenho obrigação de contar minha vida p'ra ninguém, por isso me isolo.*
- *Não falei p'ra ninguém, nem p'ra minha própria família, você sabe né?*
- *A minha família me ajuda, me compreende, me dá afeto.*
- *Quase todo mundo sabe que sou portador do vírus. não escondo, por isso que eu vivo bem.*

Muitas pessoas logo após o contágio pelo vírus da Aids têm percepção de quanto tempo foi decorrido desde o início da infecção, outras somente percebem que estão infectadas após serem submetidas a exame e diagnóstico por teste sorológico, se houve contato com HIV.

O conhecimento do tempo de infecção pelo vírus da Aids é muito importante, pois em virtude do tempo de incubação do vírus os primeiros sintomas da doença demoram a aparecer. Entre os sintomas, os que surgem mais precocemente são as manifestações bucais (EVERSOLE e col. 1983; FRIEDMAN-KLEN e col. 1986; GREENSPAN 1985; KLEIN e col. 1984).

Tabela 10 - Percepção acerca do tempo em que se infectou pelo vírus da Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Percepção do tempo de infecção (em meses)	n=328	
	f	%
2 a 5	63	19,2
6 a 9	76	23,2
10 a 12	99	30,2
18 a 30	90	27,4
Total	328	100,0

* Não foi declarado tempo de infecção de 13 a 17 meses.

Na tabela 10 nota-se que os dados distribuem-se com significativa dispersão, embora uma parcela maior da amostra pesquisada situa-se num tempo de infecção de 10 a 12 meses (30,2%) e de 18 a 30 meses (27,4%). Os respondentes não referiram tempo de infecção pelo vírus da Aids de 13 a 17 meses.

Tabela 11- Julgamento do estado psicológico depois do contágio pelo vírus da Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas e múltiplas)

n=328		
Julgamento do estado psicológico	f	%
Chocado(a)	265	80,8
Deprimido(a)	172	52,4
Preocupado(a) com a doença	321	97,9
Tranquilo(a) para iniciar o tratamento	89	27,2
Confiante nos novos medicamentos	321	97,9
Despreocupado(a)*	-	-
Indiferente*	-	-

* Todos os respondentes negaram este estado psicológico.

A descoberta do contágio pelo vírus da Aids pode causar um grande impacto psicológico no indivíduo infectado. Pelos dados, apresentados na tabela 11, verifica-se que o julgamento dos respondentes em relação ao estado psicológico mostra uma certa coerência com o que se passa em seu interior. Embora a quase absoluta maioria dos entrevistados manifestem preocupação com a doença (97,9%), mostram-se muito confiantes nos novos medicamentos (97,9%). A certeza de estarem infectados pelo vírus da Aids os deixa chocados (80,8%) ou deprimidos (52,4%). A minoria dos entrevistados manifesta tranquilidade para iniciar o tratamento (27,2%), provavelmente em decorrência da confiança nos novos medicamentos. Todos os respondentes negaram despreocupação ou indiferença ao saberem que estavam infectados pelo vírus da Aids.

Esses resultados mostram-se coerentes com alguns estudos acerca de julgamentos psicológicos ou psicossociais que ressaltam: “essas noções psicológicas são a base argumentativa que as pessoas utilizam para interpretar suas percepções e sensações quando se sentem contaminadas pelo vírus da Aids e outras DSTs” (GOGNA 1998); “as reações emocionais apresentadas pelos sujeitos foram semelhantes àquelas esperadas pela maioria das pessoas, quando descobrem que são portadoras do HIV”(VIEIRA e SHERLOCK 1997).

Tabela 12 - Percepção acerca das fontes de informação que contribuíram para o conhecimento sobre Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas múltiplas)

n = 328

Percepção das fontes de informação	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Programas de televisão	223	100,0	105	100,0
Orientação no local de atendimento	223	100,0	105	100,0
Leitura de folhetos / cartazes	220	98,7	105	100,0
Leitura de jornais / revistas	172	77,1	49	46,7
Conversa com amigos / parentes	143	64,1	74	70,5
Programas de rádio	133	59,6	29	27,6
Fitas de vídeo / filmes	89	39,9	22	21,0
Palestras / conferências	59	26,5	13	12,4
Orientação no serviço / associação	20	9,0	2	1,9

Os dados apresentados na tabela 12 indicam que as fontes de informação que mais contribuíram para o conhecimento dos participantes da pesquisa de ambos os

sexos sobre a Aids foram: programas de televisão, orientação no local de tratamento e leitura de folhetos ou cartazes. Contribuíram mais para os indivíduos do sexo masculino, os programas de rádio (59,6%), leitura de jornais ou revistas (77,1%), palestras ou conferências (26,5%) e fitas de vídeo ou filmes (39,9%) e menos para os indivíduos do sexo feminino (27,6%, 46,7%, 12,4% e 21,0% respectivamente). Conversa com amigos ou parentes contribuiu mais para o conhecimento sobre a Aids dos indivíduos do sexo feminino, provavelmente em virtude das mulheres, na maioria das vezes, estarem mais dispostas à troca de confidências.

Desde o aparecimento dos primeiros casos da infecção pelo HIV informações acerca da Aids são sempre veiculadas pelos meios de comunicação de massa, bem como por palestras e conferências a diversos segmentos sociais, e principalmente por orientações específicas em serviços de saúde (PEREIRA 1996).

Diversos estudos referiram que não basta a informação, estar informado não significa necessariamente conhecer. Para o desenvolvimento de qualquer programa educativo com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças, a ação educativa deve propiciar ao indivíduo produção do conhecimento refletido em forma de atitudes, reflexão, reação, análise crítica, compromisso e aplicação interior. Assim, é fundamental identificar nível de conhecimento, crenças, hábitos, atitudes e percepções dos sujeitos em relação ao problema em estudo (FIGUEIREDO e SOUZA 1991; GUIMARÃES K 1996; BROWN e col. 1998).

Tabela 13 - Conteúdo da informação recebida a respeito da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas)

n = 328				
Conteúdo da informação	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Uso de camisinha	223	100,00	105	100,00
Escolha de parceiro sexual	214	96,0	80	76,2
Fidelidade ao parceiro sexual	202	90,6	82	78,1
Contágio por relação sexual	223	100,0	105	100,0
Contágio por sangue	223	100,0	105	100,0
Contágio da mãe para o filho	223	100,0	105	100,0
Contágio por agulha e seringa contaminadas	222	99,6	105	100,0
Uso e lavagem de seringas	102	45,7	37	35,2

Observando-se os resultados da tabela 13 acerca do conteúdo da informação a respeito da Aids recebida pelos entrevistados, verifica-se que a maioria absoluta, de ambos os sexos, recebeu informação sobre uso de camisinha, contágio por relação sexual, sangue, da mãe para o filho, por agulha e seringa contaminadas.

Uma parcela menor, igualmente de ambos os sexos, recebeu informação sobre escolha e fidelidade ao parceiro sexual. A minoria dos participantes recebeu informação sobre uso e lavagem de seringas: 45,7% do sexo masculino e 35,2% do sexo feminino, provavelmente porque essa informação seja transmitida somente para os indivíduos que se infectarem por uso de seringas contaminadas.

Atualmente, apesar de ser possível o tratamento da infecção pelo HIV com a terapia combinada de inibidores da protease com inibidores da transcriptase reversa, não se pode afirmar que há uma cura definitiva para os pacientes infectados pelo vírus da Aids, mesmo com o atual esquema de tratamento disponível no Brasil desde 1996.

Assim, a prevenção da transmissão do HIV é a conduta mais adequada para evitar a disseminação da doença em nosso meio. A população deve continuar a ser suficientemente informada sobre todos os modos de prevenção da doença: sexo seguro pelo uso de camisinha nas relações sexuais, escolha e fidelidade ao parceiro sexual, evitar o compartilhamento de seringas e agulhas entre os usuários de drogas injetáveis, proteger-se do contato com sangue contaminado.

Tabela 14 - Categoria de exposição ao vírus da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas)

n = 328

Categoria de exposição	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Relação Sexual	187	83,9	78	74,3
Seringa contaminada	35	15,7	27	25,7
Transfusão de sangue contaminado*	-	-	-	-
Acidente com instrumento contaminado	1	0,4	-	-

* Não foi declarado qualquer caso de contaminação pelo vírus da Aids.

O perfil da epidemia de Aids, assim como a disseminação do HIV em nosso meio, tem sido significativamente alterado pelo grupo dos usuários de drogas injetáveis (UDI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995). Na tabela 14, acerca da categoria de exposição ao vírus da Aids, em ambos os sexos, nota-se que, embora, a categoria de exposição sexual ainda seja maioria - 83,9% para o sexo masculino e 74,3% para o feminino, há que se considerar uma razoável proporção na exposição por seringa contaminada - 15,7% no sexo masculino e 25,7% no feminino. Não foi declarada exposição por transfusão de sangue contaminado e a exposição por acidente com instrumento contaminado foi insignificante (0,4%) no sexo masculino.

Os resultados deste estudo mostram-se coerentes com diversos estudos realizados em duas décadas de convivência com a Aids que evidenciaram predominância da transmissão do HIV pela via sexual, e na última década aumento dos casos entre usuários de drogas injetáveis (DONALD e col 1994; LOYOLA 1994; BARBIERI e col. 1992; CORDEIRO e TEMPORINI 1997). Esses estudos observaram, principalmente entre estudantes, que apesar da possibilidade do sexo seguro com o uso de preservativos masculinos para a prevenção da transmissão do vírus da Aids durante as relações sexuais, uma proporção considerável de estudantes não adota rotineiramente esse modo de prevenção.

No tocante às categorias de exposição em âmbito nacional, observa-se que a heterossexual (42,8%) é aquela que apresenta maior proporção de casos, seguida da categoria homo/bi (22,0%) e UDI (9,9%). Os casos de exposição heterossexual ao HIV apresentaram aumento no período 1994-98, sendo que em 1999, esse crescimento foi da ordem de 25,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

Tabela 15- Percepção de ter sido tratado com medicação anti-retroviral. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Tratamento anti-retroviral	n=328	
	f	%
Sim	210	64,0
Não	23	7,0
Não sabe*	95	29,0
Total	328	100,0

* Mostram dúvida quanto ao tratamento com medicação anti-retroviral.

Todos os indivíduos participantes da amostra receberam alguma medicação em decorrência do tratamento da Aids. Os dados da pesquisa acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, apresentados na tabela 15, mostram que a maioria dos entrevistados (64,0%) têm percepção de que o seu tratamento está sendo realizado por medicação anti-retroviral combinada. Uma minoria dos participantes declara que o seu tratamento não é realizado com medicação anti-retroviral, enquanto que uma parcela dos entrevistados (29,0%) demonstra dúvida quanto a medicação que recebe no tratamento da Aids.

Considerando que o propósito deste estudo foi investigar indivíduos infectados pelo HIV, e tendo em vista que a coleta dos dados foi realizada entre os indivíduos em tratamento nos locais de atendimento do Centro de Referência DST/AIDS, a partir do início do ano de 1998, esperava-se que todos tivessem recebido tratamento com medicação anti-retroviral combinada, o que não parece ter ocorrido.

Segundo CIMERMAN (1998), a partir de 1995, os inibidores de protease estabeleceram um novo marco na terapia antiviral. Após inúmeras pesquisas foram liberados para uso terapêutico quatro inibidores de protease: saquinavir, ritonavir, indinavir e nelfinavir.

SOMMADOSSI e MURPHY (1997) concluíram, após experimento clínico, que inibidores de protease podem ser usados com segurança na terapia combinada para tratamento de pacientes com o vírus da Aids.

Tabela 16 - Percepção acerca da melhora da Aids com o tratamento anti-retrovira¹
Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Melhora da Aids	f	%
(3) Muita melhora	100	30,5
(2) Melhora regular	83	25,3
(1) Pouca melhora	133	40,5
(0) Nenhuma melhora	12	3,7

VEM*	1,8	

Total	328	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.

BRITES e colaboradores, em 1999, no Brasil, em experimento clínico com pacientes em tratamento no hospital da Universidade Federal da Bahia, referem que o uso de doses reduzidas de ritonavir e saquinavir combinados com dois inibidores de

transcriptase reversa são considerados poderosa alternativa no tratamento de pacientes infectadas pelo HIV.

Na introdução deste estudo mencionou-se que, atualmente, o tratamento de pacientes infectados pelo HIV ou com Aids, pela terapia anti-retroviral combinada torna evidente uma redução de até 99% da carga viral no sangue. É de se esperar que, por esse motivo, os pacientes possam sentir melhora considerável da doença.

Os dados apresentados na tabela 16 distribuem-se com significativa dispersão, porém um percentual relativamente maior dos entrevistados (40,5%) mostra percepção de pouca melhora da Aids, provavelmente por estar, ainda, na fase inicial do tratamento. Uma parcela deles tem percepção de muita melhora (30,5%), contrapondo-se com uma minoria que refere não ter percebido nenhuma melhora da Aids (3,7%).

O resultado do Valor Escalar Médio (1,8) mostra tendência dos entrevistados em terem percepção de pouca melhora ou até mesmo melhora regular.

A comunidade científica refere alguns casos de falha de tratamento, nos quais o ideal é a troca completa do esquema, iniciando, sempre que possível, o uso de drogas ainda não utilizadas pelo paciente. Caso esta conduta não seja possível, o novo esquema deve ser composto por, pelo menos, duas drogas não utilizadas anteriormente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999)

Tabela 17 - Uso de camisinha antes do contágio pelo vírus da Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328		
Uso de camisinha	f	%
Não usava	117	35,7
Sim, usava	211	64,3
<hr/>		
Todos as vezes	5	2,4
Algumas relações	206	97,6

Observando-se os dados da tabela 17, fica evidente que os indivíduos infectados pelo HIV revelam conduta sexual anterior ao contágio, protegida ou não. A minoria (35,7%) declara que não usava camisinha para prevenção da Aids durante as relações sexuais. Contrapondo-se a esses, a maioria (64,3%) afirma ter usado camisinha anteriormente ao contágio pelo vírus da Aids, porém somente 2,4% destes tinham essa conduta como rotina em todas as relações sexuais, e 97,6 destes indivíduos declaram usar camisinha somente em algumas relações sexuais. Esse fato denota comportamento de risco em virtude da possibilidade do contágio pelo vírus, durante as relações em que estivessem desprotegidos.

Os resultados deste estudo mostram-se coerentes com os de outros estudos acerca do uso de camisinha. GIL AC (1998), GIL e TEMPORINI (2000) comentam: “A percepção acerca do comportamento de risco dos colegas varia em função do sexo. Nota-se, porém, que essa percepção é bastante influenciada pelos padrões reconhecidos como socialmente mais adequados. As moças reconhecem que suas colegas com frequência mantêm relações sexuais sem camisinha (84,0%), o que, embora constituindo comportamento de risco, não tem recebido, tradicionalmente, recriação social”.

CORDEIRO e TEMPORINI (1997) pelos resultados encontrados em pesquisa entre estudantes do 2º Grau referem: “uma expressiva proporção de mulheres pertencentes aos três grupos etários (14-16, 17-19 e 20-22 anos) declara “não usar” camisinha nas relações sexuais. Esse fato pode ser explicado considerando-se padrões sócio-culturais para o uso de preservativo, tradicionalmente, conferem ao homem esse tipo de iniciativa. Pela mesma razão, pode ser bastante difícil para a mulher conversar com o parceiro e solicitar o uso de camisinha”.

Os homens que declaram não usar camisinha durante as relações sexuais têm como justificativas a diminuição do prazer, por tornar incômoda a relação sexual ou por não gostar (DONALD e col. 1994; TEMPORINI 1995; TEMPORINI e col. 1996; CORDEIRO e TEMPORINI 1997).

No início da epidemia da Aids a maioria dos casos notificados encontravam-se entre os homossexuais masculinos. Com o passar dos anos em muitas regiões do mundo o perfil da Aids foi-se modificando. Em relação à opção sexual com o tempo houve um aumento considerável dos casos notificados de Aids em indivíduos heterossexuais de ambos os sexos.

Já em 1994, PARKER no livro: “A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil”, predizia: “Da mesma forma que nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, um importante percentual dos casos de Aids relatados até agora no Brasil está associado a contatos homossexuais. Entretanto, casos de Aids associados a contatos bissexuais, também, têm sido insolitamente comuns, e a transmissão heterossexual ocorre de forma cada vez mais significativa a cada ano, surgindo, no final da primeira década da epidemia, como o modo mais rápido da disseminação do HIV no país como um todo.”

Os resultados apresentados na figura 1 indicam que os indivíduos integrantes da amostra declaram diferentes opções sexuais. A heterossexualidade é manifestada por 66,5% dos indivíduos entrevistados de ambos os sexos. A minoria (10,0%) declara conduta bissexual nas relações sexuais, enquanto que 23,5% indicam opção homossexual.

FIGURA 1 – Opção sexual no relacionamento com o parceiro. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Números
Relativos

Tabela 18 - Mudança de vida sexual depois do contágio pelo HIV, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas)

n = 328

Mudança sexual	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Não mudou	1	0,4	1	0,9
Mudou	222	99,6	104	99,1
Passou a usar camisinha *	206	92,8	63	60,6
Escolheu melhor o(a) parceiro(a) *	169	76,1	53	50,9
Manteve-se fiel ao(a) parceiro(a) *	112	50,4	38	36,5
Deixou de fazer sexo *	15	6,7	40	38,5

* Respostas múltiplas

É certo que, em consequência da Aids, já ocorreu alguma mudança de comportamento na população homossexual e bissexual no Brasil. Porém em inúmeros aspectos, essa mudança foi limitada, as vidas de muitos continuam caracterizadas por índices significativos de comportamento de alto risco (PARKER 1994).

Na tabela 18 pode-se observar que a maioria quase absoluta dos entrevistados, após o contágio pelo vírus da Aids, teve uma mudança em sua vida

sexual. Destes, a maioria passou a usar camisinha durante as relações sexuais: 92,8% dos homens e 60,6% das mulheres. Outra mudança significativa, para ambos os sexos, foi a escolha e a fidelidade ao parceiro sexual. Depois de infectadas pelo HIV, as mulheres deixaram de fazer sexo muito mais do que os homens (38,5% e 6,7%, respectivamente).

Enquanto não houver um tratamento que possa levar à cura definitiva da Aids, a melhor forma de prevenção é o sexo seguro com o uso de camisinha durante as relações sexuais. A escolha de parceiro “confiável” e a fidelidade ao parceiro, são, também, outros modos que completam a garantia do sexo seguro, prevenindo um possível contágio pelo vírus da Aids e outras DSTs.

Estudo realizado por GIL AC (1998) entre estudantes universitários da Grande São Paulo ressalta: “As afirmações referentes à mudança de conduta sexual por causa da Aids mostram notável padrão de distribuição em relação aos sexos. A maioria declarou ter mudado em relação à escolha do parceiro sexual e ao uso de camisinha, no entanto, as moças teriam mudado menos. Este padrão de distribuição tem a ver com o próprio padrão de conduta sexual dos homens e das mulheres. Estas, de modo geral, quando solteiras, têm menos parceiros, mantêm menor número de relações sexuais e apresentam menores oportunidades para escolher seus parceiros sexuais”.

Tabela 19 - Mudança de comportamento social depois do contágio pelo vírus da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas)

n=328				
Mudança de comportamento Social	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Não mudou	4	1,8	1	0,9
Mudou	219	98,2	104	99,1
Tomou mais cuidado no contato com as pessoas *	157	71,7	72	69,2
Isolou-se do convívio com parentes/ amigos *	82	37,4	39	37,5
Procurou apoio e compreensão da família *	138	63,0	65	62,5
Buscou o carinho do parceiro(a) *	167	76,2	59	56,7
Buscou o conforto na religião/ igreja *	30	13,7	26	25,0

* Respostas múltiplas

A certeza do contágio pelo vírus da Aids é para os indivíduos contaminados um forte impacto com apreciáveis consequências em seu comportamento social. As mais variadas mudanças podem ocorrer, dependendo da reação causada pela doença nos indivíduos infectados.

Na tabela 19 são apresentados os resultados acerca da mudança de comportamento social de indivíduos infectados pelo vírus da Aids. A maioria dos indivíduos de ambos os sexos, declara que houve mudança de comportamento social após o contágio pelo vírus. Muitos dos entrevistados passaram a ter mais cuidado no contato com as pessoas (71,7% e 69,2% para os homens e mulheres, respectivamente). Uma parcela deles (37,0%) de ambos os sexos isolou-se do convívio com parentes ou amigos. De forma equivalente, também, homens e mulheres (63,0% e 62,5%) procuraram apoio e compreensão da família.

A busca do carinho do parceiro sexual foi mais relevante para os homens (76,2%) do que para as mulheres, entretanto as mulheres procuraram mais o conforto na religião ou igreja (25,0%) do que os homens. Pode-se admitir que essas diferenças ocorreram em virtude de possíveis carências afetivas dos homens, buscando assim o carinho do(a) parceiro(a). Por outro lado, as mulheres, possivelmente por sua maior sociabilidade e religiosidade, procuraram encontrar conforto na religião ou igreja.

4.3.2. Percepções relacionadas às manifestações bucais da Aids

Os resultados referentes às percepções dos indivíduos infectados pelo HIV em relação às manifestações bucais da Aids são apresentados nas tabelas 20 a 23.

Nos indivíduos infectados pelo HIV é grande a probabilidade das manifestações da Aids aparecerem inicialmente na boca, mostrando-se como um dos primeiros sintomas da doença antes mesmo do que qualquer outro.

Tabela 20- Percepção acerca da possibilidade de ter manifestações bucais da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 328

Possibilidade de ter manifestações bucais da Aids	Sexo					
	Masculino (n=223)			Feminino (n=105)		
	f	%	% *	f	%	% *
Sim	185	83,0	96,3	83	79,0	95,4
Não	7	3,1	3,7	4	3,8	4,6
Não sabe	31	13,9	-	18	17,2	-

* Exclui as respostas “Não sabe”.

Os resultados da pesquisa referentes às percepções dos indivíduos integrantes da amostra, acerca da possibilidade de existir manifestações bucais em consequência da Aids, mostram que a maioria dos entrevistados, de ambos os sexos, acredita nessa possibilidade: 96,3% dos homens e 95,4% das mulheres. Uma parcela dos indivíduos entrevistados manifesta dúvida quanto a possibilidade de existir manifestações bucais da Aids. Somente uma minoria dos indivíduos, de ambos os sexos, não acredita que possam existir manifestações bucais em consequência da Aids, provavelmente, em virtude desses indivíduos encontrarem-se na fase inicial da infecção e não terem, ainda, comprovação da existência dessas manifestações bucais da Aids.

Com o aparecimento da Aids no início da década de 80, muitos pesquisadores mostraram-se preocupados com a investigação das doenças oportunistas freqüentes em indivíduos infectados pelo HIV, e também, no estudo daquelas que se apresentavam sob a forma de manifestações bucais da Aids, logo no início da infecção (EVERSOLE e col. 1983; GREENSPAN D e col. 1984 e 1985; KLEIN e col. 1984; SILVERMAN JR. e col. 1986). Esses estudos evidenciaram que, as manifestações bucais estavam sempre presentes em indivíduos infectados pelo vírus da Aids, antecedendo mesmo qualquer outra manifestação da doença.

Tabela 21 - Percepção acerca da presença de manifestações bucais da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 268						
Presença de manifestações bucais da Aids	Sexo					
	Masculino (n=185)			Feminino (n=83)		
	f	%	% *	f	%	% *
Sim, já teve, mas não tem mais	100	54,1	55,2	32	38,5	39,0
Sim, tem	67	36,2	37,0	37	44,6	45,2
Não teve ou não tem	14	7,6	7,8	13	15,7	15,8
Não sabe	4	2,1	-	1	1,2	-

* Exclui as respostas “Não sabe”.

Os resultados apresentados na tabela 21, acerca das percepções dos participantes do estudo, de ambos os sexos, em relação à presença de manifestações bucais em consequência da Aids, mostram que uma parcela maior dos indivíduos do sexo masculino (55,2%) refere que já teve, mas agora não tem mais manifestações bucais, outra parte dos indivíduos do sexo masculino (37,0%) declara que tem estas lesões decorrentes da Aids. Uma minoria dos respondentes, também, do sexo masculino (7,8%) afirma que nunca teve qualquer lesão na boca em consequência da Aids.

Entre os integrantes da amostra do sexo feminino, uma parcela maior (45,2%) refere que tem manifestações bucais em consequência da Aids, uma parcela menor (39,0%) declara que já teve, porém, agora não tem mais, e a minoria (15,8%) afirma que nunca teve qualquer lesão bucal em consequência da Aids.

Tabela 22 - Percepção acerca da gravidade das manifestações bucais da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 268

Gravidade das manifestações bucais da Aids	Sexo			
	Masculino (n=185)		Feminino (n=83)	
	f	%	f	%
(2) Graves	37	20,0	18	21,7
(1) Mais ou menos graves	85	45,9	20	24,1
(0) Sem nenhuma gravidade	63	34,1	45	54,2
VEM *	0,8		0,7	
Total	185	100,0	83	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 2.

O aparecimento de manifestações bucais em indivíduos adultos, até então considerados sadios, na maioria das vezes pode representar a fase inicial da infecção pelo HIV. O agravante é que, por ser a Aids uma doença letal, e a inexistência de

tratamento que possa conduzir à cura definitiva, pressupõe, com toda certeza, que qualquer manifestação em indivíduos adultos, que confirme a presença da Aids no organismo é interpretada como sendo muito grave.

Os resultados da pesquisa apresentados na tabela 22 relativos à percepção dos indivíduos infectados pelo HIV, acerca da gravidade das manifestações bucais da Aids, mostram que a maioria dos respondentes tem percepção incorreta, pois 80,0% dos indivíduos do sexo masculino e 78,3% do sexo feminino, afirmam que as manifestações bucais da Aids são mais ou menos graves ou sem nenhuma gravidade. Os resultados do Valor Escalar Médio, mais próximos do valor 1 da escala, confirmam essa percepção incorreta. Porém, uma pequena parcela dos indivíduos do sexo masculino (20,0%), e do sexo feminino (21,7%) têm percepção da gravidade das manifestações bucais da Aids.

Esperava-se que, em virtude da Aids ser uma doença grave pela sua letalidade, e ainda, não ser possível a cura definitiva, os indivíduos entrevistados tivessem percepção, também, da gravidade das manifestações bucais da Aids, da mesma forma que nesta pesquisa estes mesmos indivíduos consideraram a Aids uma doença muito grave ou grave (tabela 7).

Tabela 23 - Razões da percepção da gravidade das manifestações bucais da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas e múltiplas).

Razões	Sexo			
	Masculino (n=185)		Feminino (n=83)	
	f	%	f	%
Não sabe como aparecem	36	19,5	18	21,7
São muito perigosas	62	35,5	26	31,3
São consequência da Aids	181	97,8	83	100,0
Têm tratamento	112	60,5	48	57,8
Têm cura	60	32,4	19	22,9

As razões da percepção da gravidade, ou não, das manifestações bucais da Aids são apresentados na tabela 23. Pode-se verificar equivalência nas respostas dos indivíduos de ambos os sexos. A maioria afirma que a razão da gravidade das manifestações bucais é por serem consequência da Aids - 97,8% no sexo masculino e 100,0% no sexo feminino. Outros referem que é em virtude das manifestações bucais serem muito perigosas (35,5% entre os homens, e 31,3% entre as mulheres). Os que não acreditam na gravidade das manifestações bucais, afirmam que não são graves em virtude de terem tratamento ou cura (92,9% para os homens, e 80,7% para as mulheres). Uma minoria (19,5% do sexo masculino, e 21,7% feminino) mostra-se em

dúvida quanto à gravidade das manifestações bucais por não saberem porque elas aparecem, o que leva a supor que esses indivíduos não têm percepção de que as manifestações bucais tenham qualquer relação com a Aids.

4.3.3. Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids

Os resultados referentes às manifestações bucais associados à infecção pelo HIV são apresentados nas tabelas 24 a 29.

Tabela 24 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Manifestações bucais *	n=276	
	f	%
Candidíase	227	82,2
Leucoplasia pilosa	181	65,6
Sarcoma de kaposi	148	53,6
Gengivite úlcero necrosante aguda	133	48,2
Herpes simples	71	25,7
Periodontite necrotizante	48	17,4
Ulcerações	33	11,9
Queilite angular	20	7,2
Gengivite eritematosa linear	12	4,3
Linfoma não Hodgikin	7	2,5

* Manifestações bucais múltiplas

Entre os indivíduos infectados pelo HIV, a candidíase foi encontrada em 82,2% seguida da leucoplasia pilosa, sarcoma de kaposi e gengivite úlcero necrosante aguda. Outras lesões menos frequentes, também, foram encontradas (tabela 24).

Em outros estudos desenvolvidos em diversos países, bem como no Brasil, acerca de manifestações bucais associadas à Aids, na maioria das vezes pode ser encontrada mais do que uma lesão no mesmo indivíduo (MIGLIORATI 1985; SILVERMAN JR. e col. 1986; LACAZ e col. 1990; LIMA e col. 1994; GIL JN 1998).

Os resultados desta pesquisa são coerentes com a maioria dos observados em outros estudos. A candidíase, muito freqüente em indivíduos infectados pelo HIV ou com Aids, na maioria das vezes mostra-se como o primeiro sinal da doença no organismo, antes mesmo do que qualquer outro sintoma (KLEIN e col 1984; SILVERMAN JR e col. 1986; FRIEDLAND e col. 1986; SYRJÄNEN e col. 1988; ROBERTS e col. 1988; MCCARTHY 1992; LIMA e col. 1994; ARENDORF e col. 1998).

A leucoplasia pilosa é a segunda manifestação bucal da Aids mais freqüente em muitos países, e as vezes até mesmo despontando em primeiro lugar, superando a candidíase, e outras vezes, em alguns países, concorrendo com sarcoma de kaposi. No Brasil tem-se mostrado sempre a segunda mais freqüente, conforme evidenciam alguns estudos (GREENSPAN D e col. 1984; GREENSPAN D 1985; GREENSPAN J e col. 1989; LACAZ e col. 1990; RAMIREZ e col. 1990; LIMA e col. 1994; ARENDORF e col. 1998).

Em relação à presença de sarcoma de kaposi como manifestação bucal da Aids, também, muito freqüente, conforme foi relatado em estudos realizados na maioria dos países, e mesmo no Brasil, os resultados desta pesquisa apresentam-se similares aos de outros estudos (tabela 24). Assim, por exemplo, o sarcoma de kaposi

aparece em terceiro lugar (53,6%), podendo estar presente em ambos os sexos. É considerada lesão muito freqüente entre homens homossexuais jovens (EVERSOLE e col 1983). Dos tumores malignos associados à Aids é apontado como o mais freqüente (MIGLIORATI 1985). O sarcoma de kaposi foi a neoplasia mais comum encontrada em estudo entre 375 homens homossexuais (SILVERMAN JR e col. 1986). Entre as manifestações bucais encontradas em pacientes infectados pelo HIV foi uma das mais freqüentes, em 50% dos casos (EPSTEIN e SCULLY 1991).

A gengivite úlcero necrosante aguda (GUNA) que nesta pesquisa mostrou-se, também, muito freqüente entre os indivíduos de ambos os sexos, integrantes da amostra (48,2%), em muitos estudos semelhantes foi da mesma forma muito encontrada com variações entre 27% a 53% (SILVERMAN JR e col. 1986; RAMIREZ e col. 1990; LACAZ e col. 1990; GREENSPAN JS e col. 1992; SCULLY e col. 1991).

Da mesma forma que em outros estudos, nesta pesquisa foi encontrada uma série de manifestações bucais da Aids, menos freqüentes, nos indivíduos infectados pelo HIV: herpes simples, periodontite necrotizante, ulcerações de diversas origens e outras gengivites (FRIEDMAN-KLEN e col. 1986; MELBYE e col. 1987; WINKLER e MURRAY 1987; SILVERMAN Jr. e col. 1986; SCULLY e col. 1991; FICARRA e col. 1996; GIL JN 1998).

Tabela 25 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids no sexo masculino, segundo a categoria de exposição. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 191

Manifestações bucais *	Categoria de exposição					
	Sexual (n=166)		Seringa contaminada (n=24)		Instrumento contaminado (n=1)	
	f	%	%	f	%	%
Candidíase pseudomembranosa	122	73,5	-	-	1	100,0
Leucoplasia pilosa	117	70,5	9	37,5	1	100,0
Sarcoma de kaposi	103	62,2	12	50,0	1	100,0
Gengivite úlcero necrosante aguda	78	47,0	9	37,5	-	-
Periodontite necrotizante	42	25,3	1	4,2	-	-
Herpes simples	37	22,3	5	20,8	1	100,0
Queilite angular	9	5,4	4	16,6	-	-
Ulcerações	8	4,8	6	25,0	-	-
Candidíase hiperplásica	5	3,0	1	4,2	-	-
Gengivite eritematosa linear	4	2,4	2	8,3	-	-
Linfoma não Hodgikin	4	2,4	-	-	-	-
Candidíase eritematosa	2	1,2	23	95,8	-	-

* Manifestações bucais múltiplas

Alguns estudos realizados em diversos países encontraram uma significativa diferença entre os dois sexos, de manifestações bucais da Aids, bem como entre as diferentes categorias de exposição (EVERSOLE e col, 1983; GREENSPAN D et col. 1984; SYRJÄNEN e col. 1988; BAER e col 1986; SILVERMAN JR e col. 1986; RAMIREZ-AMADOR e col. 1998).

Nesta pesquisa também houve a preocupação de verificar se havia diferença de manifestações bucais da Aids entre os sexos masculino e feminino, bem como entre as categorias de exposição sexual, seringa contaminada e instrumento contaminado.

Desta forma, no sexo masculino (tabela 25) entre as manifestações bucais encontradas, a candidíase (mais freqüente) mostrou-se diferente por categoria de exposição: na exposição sexual aparece a candidíase pseudomembranosa (73,5%), e na exposição por seringa contaminada encontrou-se a candidíase eritematosa (95,8%). A leucoplasia pilosa mostrou-se mais freqüente na exposição sexual (70,5%), seguida pelo sarcoma de kaposi (62,2%) e gengivite úlcero necrosante aguda (47,0%) na mesma categoria de exposição sexual. Na categoria de exposição por instrumento contaminado (somente um indivíduo), aparece na mesma proporção: candidíase pseudomembranosa, herpes simples, leucoplasia pilosa e sarcoma de kaposi).

Os resultados observados nesta pesquisa mostram-se coerentes com outros estudos acerca de manifestações bucais por categoria de exposição no sexo masculino. Na exposição sexual foram observadas, em ordem decrescente, candidíase pseudomembranosa, sarcoma de kaposi, leucoplasia pilosa e doença periodontal (SILVERMAN JR e col. 1986). Entre usuários de drogas endovenosas foram

encontrados candidíase eritematosa, leucoplasia pilosa e sarcoma de kaposi (BARONE e col. 1990). Em pacientes masculinos (63,3%) foram mais comuns por exposição sexual candidíase, leucoplasia pilosa, gengivites e doença periodontal (ARENDORF e col. 1998). Na cidade do México, foram mais freqüentes leucoplasia pilosa, candidíase eritematosa (por transfusão de sangue), candidíase pseudomembranosa (transmissão sexual), queilite angular e ulcerações bucais (RAMIREZ-AMADOR e col. 1998).

Tabela 26 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids no sexo feminino, segundo a categoria de exposição. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 85

Manifestações bucais *	Categoria de exposição			
	Sexual (n=63)		Seringa contaminada (n=22)	
	f	%	f	%
Candidíase pseudomembranosa	48	76,2	3	13,6
Leucoplasia pilosa	40	63,5	12	54,5
Gengivite úlcero necrosante aguda	35	55,5	6	27,3
Sarcoma de kaposi	27	42,8	9	40,1
Herpes simples	24	38,1	2	9,1
Gengivite eritematosa linear	6	9,6	1	4,5
Periodontite necrotizante	5	7,9	-	-
Queilite angular	5	7,9	1	4,5
Ulcerações	3	4,8	19	86,4
Linfoma não Hodgikin	3	3,8	-	-
Candidíase hiperplásica	2	3,2	-	-
Candidíase eritematosa	1	1,6	20	91,0

* Manifestações bucais múltiplas

Os dados relacionados às manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids encontrados em indivíduos do sexo feminino (tabela 26), evidenciam equivalência com o sexo masculino em relação à categoria de exposição. Na exposição sexual aparece a candidíase pseudomembranosa (76,2%), e na exposição por seringa contaminada a candidíase eritematosa (91,0%). A leucoplasia pilosa foi um pouco mais freqüente na exposição sexual (63,5%), seguida pela gengivite úlcero necrosante aguda (55,5%) e pelo sarcoma de kaposi (42,8%). Na categoria de exposição por seringa contaminada notam-se as ulcerações (86,4%), leucoplasia pilosa (54,5%), e sarcoma de kaposi (40,1%).

Esses resultados foram diferentes dos observados em outros estudos acerca de manifestações bucais da Aids por categoria de exposição no sexo feminino. SILVERMAN JR (1987) observou que entre as mulheres quase não se encontra presente sarcoma de kaposi na exposição sexual e seringa contaminada. ROBERTS e col. (1988) examinando 84 pacientes no “National Institute of Dental Research” observaram entre as manifestações bucais da Aids no sexo feminino predominância de doença periodontal de avanço rápido e gengivite úlcero necrosante aguda (exposição sexual). RAMIREZ-AMADOR e col. (1998) em estudo realizado em 1996 em pacientes infectados pelo HIV, dos quais 87% do sexo masculino e 13% feminino, observaram que, em homens, foi mais comum a candidíase eritematosa na exposição por sangue contaminado, e ulcerações na transmissão por via sexual. Nas mulheres, onde o maior número de casos foi de transmissão por sangue contaminado, as manifestações bucais mais freqüentes na exposição sexual foram leucoplasia pilosa,

seguida da queilite angular e ulcerações. Na exposição por sangue contaminado foi mais freqüente, entre as mulheres, candidíase eritematosa, gengivite úlcero necrosante aguda e periodontite.

Possíveis explicações da diferença de resultados, observada entre a amostra deste estudo e as demais, podem estar nas peculiaridades das amostras, bem como na condição social das mulheres entrevistadas, as quais, em nosso país, buscando sua subsistência e melhores condições de vida, muitas vezes relacionam-se com diversos parceiros sexuais.

4.4. Estudo analítico

4.4.1. Idade

Nas tabelas 27 e 28 são apresentados os resultados de cruzamentos da variável “idade” com algumas das dimensões das variáveis dependentes.

Tabela 27 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids no sexo masculino, segundo a idade. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Números relativos)

Manifestações bucais *	Idade (em anos)				
	18 a 22 (n=33) %	23 a 26 (n=43) %	27 a 30 (n=40) %	31 a 35 (n=37) %	36 e + (n=38) %
Candidíase	87,6	90,7	85,0	70,3	63,2
Leucoplasia pilosa	69,7	65,1	80,0	64,9	57,9
Sarcoma de kaposi	39,4	62,8	55,0	70,3	73,7
Gengivite úlcero necrosante aguda	36,4	41,9	47,5	51,3	57,9
Herpes simples	24,3	30,2	25,0	27,0	5,3
Periodontite necrotizante	-	7,0	7,5	29,7	63,2
Ulcerações	12,1	7,0	10,0	2,7	5,3
Queilite angular	6,1	14,0	7,5	2,7	2,6
Gengivite eritematosa linear	6,1	2,3	-	2,7	2,6
Linfoma não Hodgikin	-	2,3	5,0	-	2,6

* Manifestações bucais múltiplas

Na tabela 27 pode-se observar os resultados da pesquisa acerca de manifestações bucais associadas à Aids em homens, segundo a idade. Embora, os resultados distribuam-se com significativa dispersão por todas as categorias, fica evidente que à medida que aumenta a idade dos homens, diminui a presença de candidíase e leucoplasia pilosa, enquanto que aumenta a presença de sarcoma de kaposi; gengivite úlcero necrosante aguda (GUNA) e periodontite necrotizante.

As outras manifestações bucais da Aids, menos freqüentes entre os indivíduos infectados pelo HIV do sexo masculino, não seguem o mesmo padrão de distribuição das manifestações mais freqüentes.

Os resultados deste estudo mostram alguma coerência com os de outros estudos acerca de manifestações bucais mais freqüentemente encontradas em pacientes infectados pelo HIV, ou com Aids.

SILVERMAN Jr. e col. (1986) e SCULLY e col. (1991) observaram em pacientes com menos de 35 anos presença muito freqüente de candidíase e leucoplasia pilosa, e em pacientes com mais de 35 anos de idade sarcoma de kaposi, doença periodontal avançada e gengivites. Essas diferenças podem, talvez, ser explicadas em função de peculiaridades das amostras.

Tabela 28 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids no sexo feminino, segundo a idade. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Números relativos)

Manifestações bucais *	Idade (em anos)				
	18 a 22 (n=29) %	23 a 26 (n=23) %	27 a 30 (n=19) %	31 a 35 (n=12) %	36 e + (n=2) %
Candidíase	82,8	91,3	78,9	75,0	-
Leucoplasia pilosa	75,9	56,5	52,6	50,0	100,0
Sarcoma de kaposi	31,0	34,8	52,6	58,3	-
Gengivite úlcero necrosante aguda	44,9	30,4	57,9	58,3	100,0
Herpes simples	24,1	34,8	42,1	33,4	-
Periodontite necrotizante	-	-	10,5	16,7	50,0
Ulcerações	34,5	34,8	10,5	-	-
Queilite angular	6,9	4,3	10,5	8,3	-
Gengivite eritematosa linear	6,9	17,4	-	8,3	-
Linfoma não Hodgikin	3,4	4,3	5,3	-	-

* Manifestações bucais múltiplas

Os resultados da pesquisa acerca de manifestações bucais associadas à Aids em mulheres, segundo a idade, são observados na tabela 28. Os resultados distribuem-se com significativa dispersão por todas as categorias, e de forma equivalente às manifestações bucais da Aids encontradas nos homens. Como na categoria de 36 anos e + somente dois indivíduos tomam parte, para efeito de análise, a mesma não foi considerada. Da mesma forma que nos homens, entre as manifestações bucais mais freqüentes, à medida que aumenta a idade das mulheres, diminui a presença de candidíase e leucoplasia pilosa, e aumenta a presença de sarcoma de kaposi e gengivite úlcero necrosante aguda (GUNA). Herpes simples e periodontite necrotizante têm um discreto aumento em suas presenças à medida que aumenta a idade das mulheres. Diferentemente, as ulcerações diminuem nas categorias de maior idade.

4.4.2. Opção sexual

Na tabela 29 são apresentados os resultados de cruzamentos da variável “opção sexual” com a variável manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids.

Tabela 29 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo vírus da Aids, segundo a opção sexual. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Números relativos)

Manifestações bucais	Opção sexual		
	Homossexual*	Bissexual	Heterossexual
	(n=65) %	(n=28) %	(n=183) %
Candidíase	78,5	71,4	82,5
Leucoplasia pilosa	63,1	57,2	68,3
Sarcoma de kaposi	53,8	64,3	47,5
Gengivite úlcero necrosante aguda	46,2	53,6	49,2
Herpes simples	21,5	39,3	19,2
Periodontite necrotizante	15,4	7,2	10,4
Ulcerações	7,6	3,6	11,5
Queilite angular	6,2	7,2	5,5
Gengivite eritematosa linear	1,6	3,6	4,9
Linfoma não Hodgikin	3,1	-	1,6

* Homossexuais do sexo masculino

A maioria dos estudos acerca das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV têm apontado a presença das mais variadas lesões diagnosticadas

principalmente em homens homossexuais (EVERSOLE e col. 1983; GREENSPAN D e col. 1984; BAER e col. 1986; SILVERMAN Jr. e col. 1986; WINKLER 1986; SYRJÄNEN e col. 1988; EPSTEIN e SCULLY 1991).

Procurou-se nesta pesquisa, além de identificar as manifestações bucais freqüentes nos indivíduos infectados pelo HIV conhecer a distribuição dessas manifestações bucais da Aids nas categorias homossexual, bissexual e heterossexual.

Os resultados apresentados na tabela 29, acerca das manifestações bucais associadas à Aids, distribuem-se de forma equivalente pelas diferentes categorias de opção sexual, embora na categoria bissexual haja maior proporção de sujeitos portadores de sarcoma de kaposi, gengivite úlcero necrosante aguda e herpes simples em relação às categorias homossexual e heterossexual.

As proporções das diferentes manifestações bucais encontradas entre homens homossexuais são coerentes com as encontradas em outros estudos. A presença de sarcoma de kaposi pode ser verificada em maior proporção que a leucoplasia pilosa, em homens homossexuais em outros países (EVERSOLE e col. 1983; ROBERTS e col. 1988; EPSTEIN e SCULLY 1991).

No Brasil, as manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV mais freqüentes são a candidíase, leucoplasia pilosa e sarcoma de kaposi (DIAS e col. 1998). Os resultados observados na tabela 29 corroboram o padrão das manifestações bucais da Aids no Brasil.

4.4.3. Sexo

Nas tabelas 30 a 34 são apresentados os resultados de cruzamentos da variável “sexo” com algumas das dimensões das variáveis dependentes.

Em relação à percepção de risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, por tratar-se de pesquisa entre indivíduos infectados pelo HIV, esperava-se que os entrevistados tivessem percepção do grande risco de transmissão do vírus, quando não se toma qualquer cuidado para evitar a transmissão para outra pessoa.

Em 1998, GIL AC, em pesquisa com estudantes universitários da Grande São Paulo, afirmava: “A percepção de risco pessoal de contrair determinada doença constitui um dos aspectos considerados mais relevantes na maioria dos modelos de comportamento em saúde. Esses prevêm que a simples percepção de risco pessoal por si só não é capaz de prover a motivação necessária para as mudanças comportamentais desejadas; é necessário que as pessoas tenham confiança em que o risco de contrair a doença será reduzido mediante comportamento preventivo adequado. Mas, de qualquer forma, a aceitação do risco pessoal de contrair Aids deverá constituir elemento prioritário a ser considerado nos programas preventivos”.

Tabela 30 - Percepção acerca do risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Percepção do risco de transmissão	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	(n=223)		(n=105)	
	f	%	f	%
(3) Grande	122	54,7	68	64,8
(2) Médio	101	45,3	36	34,3
(1) Pequeno	-		1	0,9
(0) Nenhum risco	-		-	
VEM *	2,5		2,6	
Total	223	100,0	105	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.
Não significativa.

Os resultados da tabela 30 indicam que não houve diferença significativa entre indivíduos infectados pelo HIV do sexo masculino e feminino, quanto à percepção de risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa. Tanto homens como mulheres consideram ser grande o risco de transmitir o vírus da Aids quando não se toma qualquer cuidado preventivo. Isso evidencia percepção correta, embora uma parcela dos indivíduos entrevistados, homens e mulheres, tenham considerado ser médio o risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa se não tomar qualquer cuidado. Provavelmente, esses indivíduos não encontraram, ainda, a motivação

necessária para as mudanças de comportamento desejáveis para evitar o risco de transmissão do vírus da Aids para outras pessoas.

O Valor Escalar Médio - 2,5 e 2,6 para homens e mulheres, respectivamente - confirma a tendência da percepção de grande risco de transmitir o vírus da Aids.

Tabela 31 - Percepção acerca das conseqüências da infecção pelo vírus da Aids no convívio com outras pessoas, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas).

Conseqüências no convívio com outras pessoas	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
(3) Muito distante	82	36,8	66	62,9
(2) Mais ou menos distante	50	22,4	26	24,8
(1) Um pouco distante	89	39,9	12	11,4
(0) Da mesma forma que antes	2	0,9	1	0,9
VEM *	1,9		2,5	
Total	223	100,0	105	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.
Significante (p < 0,016)

Analisando os resultados da tabela 31, observa-se uma diferença significativa entre indivíduos infectados pelo HIV do sexo masculino e feminino, quanto à percepção das consequências da infecção pelo vírus da Aids no convívio com outras pessoas. Enquanto que, uma parcela dos homens depois do contágio pelo vírus da Aids referiu um comportamento muito distante das pessoas de seu convívio, outra parcela referiu um comportamento um pouco distante das pessoas de forma conflitante com a anterior. A maioria das mulheres declarou um comportamento muito distante no convívio com as pessoas, enquanto que, uma menor proporção das mulheres referiu, também, comportamento mais ou menos distante no convívio com outras pessoas, de forma equivalente ao comportamento dos homens.

O Valor Escalar Médio, para os homens, mais próximo do valor 2, confirma uma situação conflitante, com tendência à percepção das consequências da infecção pelo vírus da Aids, mais ou menos distante no convívio com outras pessoas. Para as mulheres, o Valor Escalar Médio 2,5, mostra tendência da percepção acerca das consequências da infecção pelo vírus da Aids, muito distante, ou mais ou menos distante no convívio com outras pessoas.

Tabela 32 - Percepção acerca da melhora da Aids com o tratamento, segundo o sexo.
Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.
(Respostas afirmativas)

n = 328

Percepção da melhora da Aids	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
(3) Muita melhora	73	32,8	27	25,7
(2) Melhora regular	58	26,0	25	23,8
(1) Pouca melhora	83	37,2	50	47,6
(0) Nenhuma melhora	9	4,0	3	2,9
VEM *	1,8		1,7	
Total	223	100,0	105	100,0

* Valor escalar médio - média ponderada obtida com base nos valores à esquerda das respostas. Escala 0 a 3.
Não significante.

Em relação a percepção da melhora da Aids com o tratamento, os indivíduos infectados pelo HIV, de ambos os sexos, mostram percepção equivalente (tabela 32), não tendo sido observadas diferenças significantes. Evidencia-se que uma maior proporção de homens e mulheres considera que houve pouca melhora da Aids com o tratamento. Da mesma forma, menor proporção dos respondentes, de ambos os sexos, considera que houve muita melhora ou melhora regular da Aids com o tratamento que vem fazendo. O Valor Escalar Médio mais próximo do valor 2, para ambos os sexos, confirma essa tendência.

Com a introdução do tratamento anti-retroviral, e a difusão da terapia combinada para os casos de infecção pelo HIV ou Aids, há uma significativa diminuição da carga viral no sangue e, como consequência, também diminuem ou até mesmo desaparecem todas as manifestações da Aids no organismo. Assim, depois de algum tempo, com o tratamento anti-retroviral os pacientes sentem-se muito melhor. Os indivíduos que não tiveram percepção de melhora estão no início do tratamento com a terapia anti-retroviral (BRITES e col. 1999; SOMMADOSSI e MURPHY 1997).

Tabela 33 - Percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n = 328

Possibilidade de cura da Aids	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Sim	105	47,1	48	45,7
Não	1	0,4	1	0,9
Não sabe	117	52,5	56	53,4
Total	223	100,0	105	100,0

Não significativa

Muitos pacientes submetidos a prolongada terapia anti-retroviral têm a sensação de cura, passando a sentir-se muito bem com o tratamento. Analisando os resultados da tabela 33, verifica-se que a percepção de homens e mulheres infectados pelo HIV, se equivale em relação a perceber possibilidade de cura da Aids, não há diferença significativa. Uma razoável proporção de homens e mulheres considera ser possível a cura da Aids com o tratamento que estão recebendo. De outra forma, também, uma relativa maioria de homens e mulheres manifesta dúvida quanto a possibilidade de cura da Aids com o tratamento anti-retroviral.

Provavelmente, a percepção de homens e mulheres em relação a possibilidade de cura da Aids pode ser explicada pelos diferentes estágios do tratamento em que se encontram.

Admite-se que no início do tratamento anti-retroviral haja uma diminuição da carga viral no sangue, somente a partir do sexto mês é que os efeitos do tratamento são perceptíveis em relação às manifestações da Aids no organismo (BRITES e col. 1999).

Tabela 34 - Percepção acerca dos modos de transmissão do vírus da Aids, segundo o sexo. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000. (Respostas afirmativas e múltiplas).

n = 328

Modos de transmissão do vírus da Aids	Sexo			
	Masculino (n=223)		Feminino (n=105)	
	f	%	f	%
Relação sexual	223	100,0	105	100,0
Sangue	223	100,0	105	100,0
Drogas injetáveis/seringas contaminadas	223	100,0	104	99,1
Doação de sangue	6	2,7	1	0,9
Receber transfusão de sangue	103	46,2	46	43,8
Da mãe para o filho	223	100,0	104	99,1
Leite materno	79	35,4	66	62,9
Beijo / saliva	46	20,6	28	26,7
Contato com pessoas contaminadas	140	62,8	59	56,2
Acidente com instrumento contaminado	222	99,6	105	100,0

Não significativa

Em relação a percepção dos modos de transmissão do vírus da Aids, os indivíduos infectados pelo HIV, de ambos os sexos mostram percepção equivalente (tabela 34), não foram observadas diferenças significante. Evidencia-se que a maioria absoluta dos homens e mulheres considera, de forma correta, os modos de transmissão do vírus da Aids: relação sexual, sangue, drogas injetáveis ou seringas contaminadas. da mãe para o filho e acidente com instrumento contaminado. Uma menor proporção de homens e mulheres considera, também, de forma correta, a transmissão do vírus da Aids pelo leite materno. Porém, de forma incorreta, uma pequena proporção de homens e mulheres acredita na possibilidade de transmissão do vírus da Aids por beijo ou saliva, e uma maior proporção por contato com outras pessoas contaminadas.

Embora, atualmente seja muito rigoroso no Brasil, o controle de bancos de sangue, e da qualidade do sangue destinado à transfusão, Lei Federal Nº 7.649 de 25/01/88, ainda paira, no imaginário popular, dúvidas quanto à possibilidade de transmissão do HIV dessa forma. Talvez, por esse motivo, os indivíduos entrevistados considerem a possibilidade de contaminação pelo vírus da Aids durante o ato de receber transfusão de sangue, ou até mesmo por doação de sangue.

Desde o início da Aids, o medo da doença que levava à morte e ausência de tratamento disseminou uma série de conhecimentos errôneos transmitidos de boca em boca (DANIEL e PARKER 1991; PARKER e GALVÃO 1996; HEBLING 1997).

Sobre outros modos de transmissão do vírus da Aids, os respondentes, corretamente, não consideram ser possível a transmissão por lágrima, urina ou fezes, banheiro público e sauna coletiva.

Evidencia-se por este estudo entre indivíduos infectados pelo HIV em tratamento nos locais de atendimento do Centro de Referência DST/AIDS do município de São Paulo, que embora recebam orientações e informações sobre a Aids como parte de programas educativos rotineiros, torna-se necessário ampliar essas intervenções educativas, de forma que os indivíduos participantes do programa possam melhorar o conhecimento acerca do HIV/AIDS.

4.4.4. Tempo de tratamento

Os resultados de cruzamentos da variável “tempo de tratamento” são apresentados nas tabelas 35 a 37.

É rotina nos locais de atendimento à pacientes infectados pelo HIV, indicar o tratamento preconizado por medicação anti-retroviral. Seria razoável supor que os indivíduos infectados pelo HIV, integrantes da amostra da pesquisa, tivessem percepção do tratamento que vêm recebendo.

O início da terapia anti-retroviral está indicado para todo paciente com manifestações clínicas associadas ao HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4⁺ e da carga viral. O tratamento deve ser considerado, também, para os pacientes assintomáticos que apresentem contagem de linfócitos T-CD4⁺ <500 células/mm³ ou níveis elevados de carga viral. Para pacientes com CD4 >500 células/mm³, o tratamento não deverá ser iniciado enquanto a carga viral permanecer menor do que 100.000.

Este ponto de corte foi estabelecido considerando-se que o risco de progressão a médio prazo é pequeno e que o benefício da terapia anti-retroviral combinada, até o momento, já foi claramente demonstrado apenas para pacientes com doença clinicamente avançada, e para aqueles que apresentam imunodeficiência acentuada. Para os pacientes assintomáticos e com contagem de linfócitos T-CD4⁺

>350 células/mm³, principalmente se acima de 500, o benefício do tratamento ainda não está claramente demonstrado (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999).

Tabela 35 - Percepção acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328								
Tratamento com medicação anti-retroviral	Tempo de tratamento (em meses) *							
	2 a 5 (n=80)		6 a 9 (n=64)		10 a 12 (n=94)		18 a 30 (n=90)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	12	15,0	32	50,0	78	83,0	88	98,0
Não	10	12,5	8	12,5	5	5,3	-	
Não sabe	58	72,5	24	37,5	11	11,7	2	2,0
Total	80	100,0	64	100,0	94	100,0	90	100,0

* Não foi informado tratamento de 13 a 17 meses.
Significante ($p < 0,05$)

Os resultados da tabela 35 mostram que os indivíduos infectados pelo HIV não detêm percepção do tratamento com medicação anti-retroviral da forma que seria de se esperar. Houve diferença significativa na percepção de indivíduos com menos tempo (2 a 5 meses) e mais tempo de tratamento (18 a 30 meses). Desta forma os indivíduos com 2 a 5 meses de tratamento quase não percebem o tipo de tratamento que vêm recebendo, e manifestam dúvida quanto a sua medicação. A medida que aumenta o tempo de tratamento, a percepção dos indivíduos infectados pelo HIV acerca do tratamento anti-retroviral é, também, maior. A maioria quase absoluta dos indivíduos infectados com tempo de tratamento de 18 a 30 meses tem percepção do tratamento que vem recebendo com medicação anti-retroviral combinada.

Torna-se evidente, também, por esses resultados, que uma pequena proporção dos indivíduos entrevistados com menos tempo de tratamento não têm percepção de que seu tratamento é realizado com medicação anti-retroviral.

A percepção dos indivíduos infectados pelo HIV acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento mostrou diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Optou-se, então, por calcular o qui-quadrado para tendência linear (FISHER e VANBELLE 1993).

FIGURA 2 – Tendência linear da percepção acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

No que respeita à percepção dos indivíduos infectados pelo HIV acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, existe além da evidência de distribuições diferentes para as respostas desses indivíduos com diferentes tempos de tratamento, uma tendência estatisticamente significativa de aumento de respostas afirmativas, à medida que aumenta o tempo de tratamento (Figura 2).

Tabela 36 - Percepção acerca da melhora dos sintomas da Aids, segundo o tempo de tratamento . Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328								
Melhora dos sintomas da Aids	Tempo de tratamento (em meses) *							
	2 a 5 (n=80)		6 a 9 (n=64)		10 a 12 (n=94)		18 a 30 (n=90)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Muita melhora	-		-		13	13,8	87	96,7
Melhora regular	1	1,2	15	23,4	64	68,1	3	3,3
Pouca melhora	67	83,8	49	76,6	17	18,1	-	
Nenhuma melhora	12	15,0	-		-		-	
Total	80	100,0	64	100,0	94	100,0	90	100,0

* Não foi informado tratamento de 13 a 17 meses.
Significante ($p < 0,015$)

Com a introdução da terapia anti-retroviral, a partir de 1995, a pacientes HIV soropositivos ou com Aids, os indivíduos submetidos a esse esquema de tratamento passaram a apresentar uma sensível melhora, e mostraram-se estimulados a dar continuidade ao tratamento domiciliar.

Os resultados apresentados na tabela 36 evidenciam diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) na percepção dos indivíduos entrevistados acerca da melhora dos sintomas da Aids. Os indivíduos submetidos a tratamento por longo tempo (18 a 30 meses) têm percepção de muita melhora da Aids. Maior proporção dos indivíduos com 10 a 12 meses de tratamento declara percepção de melhora regular, enquanto que a maioria dos indivíduos com 2 a 5 meses, bem como 6 a 9 meses de tratamento anti-retroviral refere ter percebido pouca melhora da Aids com o tratamento que vem recebendo. Por outro lado, pequena proporção dos entrevistados que iniciou o tratamento a menos tempo (2 a 5 meses) afirma não ter percebido, ainda, qualquer melhora com o tratamento anti-retroviral combinado.

PASTERNAK, em 1997, comentava: “Vi a doença mudar com o uso dos esquemas modernos de tratamento, ou seja, o uso do AZT, 3TC e um dos inibidores de protease, para citar o mais comum, mas existem outros modos de fazer a terapêutica combinada. Essencialmente, quando se usa esse tipo de tratamento primeiro se leva os níveis virais no sangue para abaixo do detectável com a melhor técnica disponível e, em segundo lugar, a doença simplesmente seca. Ou não acontece nada nos indivíduos que estão assintomáticos ou melhora muito, mas muito mesmo, nos indivíduos que já estão sintomáticos.” “... então podemos falar, hoje, que a infecção pelo HIV, pelo menos em algumas pessoas, é potencialmente curável. Curável, não apenas controlável a longo prazo... De qualquer modo, ainda falando da experiência pessoal, é gratificante, e deve ter ocorrido muito poucas vezes na história da medicina, alguém ver nascer uma doença e ver, durante a sua própria vida médica, ela passar de algo incurável para algo controlável a longo prazo e talvez curável. Pode ser que isso ocorra comigo e com minha geração como também pode ser que não ocorra, nós não sabemos hoje se isso é ou não real. Saberemos daqui a muitos e muitos anos. Se isso for verdade, aí caberá organizar a sociedade e os engenheiros sociais para que todos que precisem dos remédios e cuidados adequados os recebam, em todos os países do mundo.”

Tabela 37 - Percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o tempo de tratamento. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

n=328								
Possibilidade de cura da Aids	Tempo de tratamento (em meses) *							
	2 a 5 (n=80)		6 a 9 (n=64)		10 a 12 (n=94)		18 a 30 (n=90)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	25	31,2	16	25,0	48	51,1	64	71,1
Não	-		1	1,6	-		1	1,1
Não sabe	55	68,8	47	73,4	46	48,9	25	27,8
Total	80	100,0	64	100,0	94	100,0	90	100,0

* Não foi informado tratamento de 13 a 17 meses.
Significante ($p < 0,05$)

Na tabela 37 são apresentados os resultados em relação à percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, entre os indivíduos integrantes da amostra de estudo. Esses resultados indicam que houve diferença significativa na percepção de indivíduos em diferentes estágios de tratamento. Os indivíduos submetidos a tratamento por longo tempo (18 a 30 meses), em maior proporção em relação aos demais, têm percepção, e até mesmo mostram acreditar muito na cura definitiva da Aids. Os indivíduos com tempo de tratamento de 10 a 12 meses, em menor proporção, acreditam, também, na possibilidade de cura da Aids. Os resultados indicam significativa alteração em relação à percepção da possibilidade de cura da Aids entre os participantes da amostra no início do tratamento (2 a 5 meses), ou até mesmo com menos tempo de tratamento (6 a 9 meses). A maioria destes indivíduos mostra estar em dúvida quanto a possibilidade de cura da Aids. Supõe-se que os indivíduos que iniciaram o tratamento há pouco tempo, e não tiveram percepção de melhora da Aids, também, não se sintam convictos sobre a possibilidade de cura.

Alguns relatos obtidos durante a pesquisa exploratória, exemplificam a percepção em relação à cura da Aids:

- *Estou muito melhor. Vou ficar curado.*
- *Fiquei sabendo que muita gente morre, não sei não, acho que tou no fim.*

- *O doutor falou que o “coquetel” resolve muito. Vou continuar tomando tudo, acho que vou sarar.*
- *Ainda não melhorei nada. Tou começando o tratamento, tenho bastante esperança.*
- *Apesar da Aids, hoje levo minha vida normal. Já estou trabalhando.*

Em relação à percepção dos indivíduos infectados pelo HIV acerca da possibilidade de cura da Aids, o cálculo do qui-quadrado global para heterogeneidade apresentou valores elevados (8,42), com probabilidade de erro tipo I menor do que 1%, o teste de tendência linear mostrou resultados significantes, quando consideradas as respostas acerca da possibilidade de cura da Aids a partir da segunda categoria, indivíduos com tempo de tratamento anti-retroviral de 6 a 9 meses (tabela 37 e figura 3).

FIGURA 3 – Tendência linear da percepção acerca da possibilidade de cura da Aids, segundo o tempo de tratamento. Indivíduos infectados pelo HIV no município de São Paulo, 2000.

Em relação à percepção dos indivíduos infectados pelo HIV acerca da cura da Aids, apesar da evidência de distribuições diferentes para as respostas dos indivíduos com diferentes tempos de tratamento, observa-se que houve uma tendência linear quando consideradas somente as respostas a partir da segunda categoria

(6-9 meses), excluindo-se os indivíduos no início do tratamento (2-5 meses), havendo desta forma aumento das respostas afirmativas, a medida que aumenta o tempo de tratamento (Figura 3). A maioria dos autores relataram que a partir do sexto mês de tratamento por medicação anti-retroviral, os sintomas das manifestações conseqüentes à Aids, começam a desaparecer, ou apresentam grande diminuição (BRITES e col. 1999; SOMMADOSSI e MURPHY 1997).

É razoável supor que indivíduos infectados pelo HIV, submetidos a tratamento anti-retroviral combinado, sintam melhora dos sintomas da doença, e por essa razão, até mesmo acreditem na possibilidade de cura definitiva da Aids.

5. CONCLUSÕES

1. A maioria dos respondentes tiveram percepção de que a Aids é uma doença muito grave ou grave, bem como do grande risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa, se não adotar qualquer cuidado preventivo.
2. Uma parcela considerável dos respondentes, depois do contágio pelo vírus da Aids, sentiu-se muito distante do convívio com outras pessoas.
3. A descoberta do contágio pelo vírus da Aids causou grande impacto psicológico nos respondentes, que se mostraram chocados e preocupados com a doença, porém, confiantes nos novos medicamentos.
4. A maioria dos respondentes, de ambos os sexos, declarou ter sido contaminada pelo HIV durante a relação sexual, por contatos heterossexuais.
5. A maioria dos respondentes, antes do contágio pelo vírus da Aids, usava camisinha somente em algumas relações sexuais.
6. A maioria absoluta dos respondentes declarou ter mudado sua vida sexual depois do contágio pelo HIV; passou a usar camisinha nas relações sexuais, e escolheu melhor seu parceiro sexual.
7. Depois do contágio pelo HIV a maioria dos respondentes, de ambos os sexos, declarou ter mudado seu comportamento social; passou a ter mais cuidado no contato com as outras pessoas.

8. Houve diferenças estatisticamente significantes na percepção dos respondentes acerca do tratamento com medicação anti-retroviral, segundo o tempo de tratamento.
9. Os respondentes submetidos a tratamento por longo tempo declararam acreditar muito na cura definitiva da Aids com o tratamento por medicação anti-retroviral combinada.
10. Uma proporção considerável dos respondentes com menos tempo de tratamento, de ambos os sexos, percebiam pouca melhora da Aids com o tratamento anti-retroviral combinado.
11. Os respondentes, de ambos os sexos, admitiram não estar tão bem informados sobre a Aids.
12. A maioria dos respondentes mostraram percepção incorreta da gravidade das manifestações bucais da Aids, contudo admitiram que são consequência da Aids.
13. A maioria dos respondentes do sexo masculino declarou não ter mais manifestações bucais da Aids, enquanto uma parcela do sexo feminino afirmou, ainda, apresentar essas lesões bucais.
14. Os respondentes, de ambos os sexos, manifestaram conhecimento correto sobre modos de transmissão do vírus da Aids.

6. SUGESTÕES

Refletindo sobre os resultados encontrados nesta pesquisa, sugere-se:

1. O enfoque de informações sobre a Aids deve ser direcionado com especificidade a grupo acometido pela doença.
2. Desenvolver ações educativas em grupo respeitando-se a flexibilidade e a informalidade.
3. Deve-se continuar incentivando programas educativos com vistas à prevenção da Aids, elaborados em consonância ao conhecimento dessa realidade.
4. Novas pesquisas relacionadas à Aids deverão privilegiar aspectos sociais para oferecer subsídios no redirecionamento de programas e campanhas educativas.

7. REFERÊNCIAS

Abramson JH. **Survey methods in community medicine: epidemiological studies, programme evaluation, clinical trials**. London. Churchill Livingstone; 1990.

Abramson PR, Hardt G. The assessment of sexual practices relevant to the transmission of AIDS: a global perspective. **J Sex Res** 1990; 27: 215-32.

Ahluwalia IB, DeVellis RF, Thomas JC. Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. **AIDS Educ Prev** 1998; 10(1): 90-7.

Allard R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and support for coercive measures. **Am J Public Health** 1989; 79(4): 448-52.

Amato Neto V. Profilaxia da transmissão do HIV na atividade profissional de odontologistas. **Rev Paul Odont** 1989; 11:16.

Amato Neto V, Pasternak J. **AIDS amores, transtornos e desgraças**. São Paulo: Pioneira; 1994.

Andrade SMO. Opinião sobre AIDS e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cad Saúde Pública** 1992; 7(1): 176-82.

Andriolo Jr M, Wolf JW, Rosenberg JS. AIDS and AIDS-related complex: oral manifestations and treatment. **J Am Dent Assoc** 1986; 113: 586-90.

Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CAC, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients. **J Oral Pathol Med** 1998; 27: 176-9.

Ayres JRCM. "Epidemiologia sem números": outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. In: Parker R, Galvão J. **Seminário: A Epidemiologia Social da AIDS**. Anais. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABIA; 1994.

Baer DM, Anderson ET, Wilkinson LS. Acquired immune deficiency syndrome in homosexual men with Hodgkin's Disease. Three case reports. **Am J Med** 1986; 80: 738-40.

Barbieri DD, Buchalla CM, Giana MC et al. Mudanças do perfil da Aids no município de São Paulo (1985-1991). **REAIDS** 1992; 1(2): 6-7.

Barbosa RM. **HIV/AIDS, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres**. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.

Barone R, Ficarra G, Gagloti D, Orsi A, Mazzotta F. Prevalence of oral lesions among HIV - infected intravenous drug abusers and other risk groups. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1990; 69 (2);169-73.

Bartlett JG. **Tratamento clínico da infecção pelo HIV** (Tradução de Dráuzio Varella). São Paulo: Três Editorial; 1996.

Bastos FI. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.

Becker MH, Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. **Am J Public Health** 1988; 78: 394-410.

Brahim J, Katz RW, Roberts MW. Non-Hodgkin's Lymphoma of the Hard Palate Mucosa and Bucal Gingiva Associated with AIDS. **J Oral Maxillofac Surg** 1988; 46: 328-30.

Brites C, Alcântara AP, Mosqueira B, Gimbo A, Pedroso C, Pedral-Sampaio D. Safety and efficacy of reduced doses of ritonavir (RTV) plus saquinavir (SQV) in the treatment of AIDS patients in Brazil. **Braz J Inf Diseases** 1999; 3 (3): 91-6.

Brown LK, Lourie KJ, Flanagan P, High P. HIV - related attitudes and risk behavior of young adolescent mothers. **AIDS Educ Prev** 1998; 10(6): 365-73.

Camargo AMF. **A Aids e a sociedade contemporânea - estudos e histórias de vida**. São Paulo: FUNCAMP/ Letras & Letras,; 1994.

Cassano C, Frias LAM, Valente JG. Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil – 1995. **Cad Saúde Pública** 2000; 16 (supl. 1): 53-64.

Cimerman S, Lewi DS. Aids: uma visão atual. **Rev Bras Med** 1998; 55(8): 571-8.

Clumeck N, Taelman H, Hermans P, Piot P, Schoumacher M, De Wit S. A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors. **N Engl J Med** 1989; 321 (21): 1460-2.

Cohen PR, Beltrani VP, Grossman ME. Disseminated Herpes Zoster in patients with human immunodeficiency virus infection. **Am J Med** 1988; 84: 1076-80.

Cordeiro RGF, Temporini ER. Uso de preservativo para prevenção da AIDS: opinião e conduta de estudantes do 2º grau - São Paulo - SP (Brasil). **J Bras Doenças Sex Trans** 1997; 9(3): 29-34.

Costa N, Ferraz E, Bailey P, Fax L. Percepção de risco para HIV em clínicas de planejamento familiar no Brasil. **J Bras Doenças Sex Trans** 1994; 6(4): 34-8.

Daniel H, Parker R. **AIDS, a terceira epidemia**. São Paulo: Iglu; 1991.

Dean JA, Dean AD, Burton JH, Dicker RC. **Epi-info, version 6.02: a word processing, database, and statistics system for epidemiology on microcomputers**. Atlanta-Geneva; 1995 (CDC-WHO).

Denninson DK, Smith B, Newland JR. Imune responsiviness and ANUG. **J Dent Res** 1995; 64 Spec. Issue 197 Apr.

Dias EP, Feijó EC, Polignano GAC. Diagnóstico clínico cito-histopatológico das manifestações bucais na AIDS - diagnóstico das manifestações bucais na AIDS. **J Bras Doenças Sex Trans** 1998; 10(1): 10-6.

Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. **Rev Odontol USP** 1999; 13(1): 75-82.

Donald M. Lucke J, Dunne M, O'Toole B, Raphael B. Determinants of condom use by Australian secondary school students. **J Adolescent Health** 1994; 15: 503-10.

Emmons CA, Jilg GJ, Kessler RC, Wortman CB, Montgomery SB, Ostrow DG. Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS. **Health Educ Quart** 1986; 13(4): 331-45.

Epstein JB, Scully C. HIV infection: clinical features and treatment of thirty-three homosexual men with kaposi's sarcoma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1991; 71(1): 38-41.

Eversole LR, Leider AS, Jacobsen PL, Shaber EP. Oral kaposi's sarcoma associated with acquired immunodeficiency syndrome among homosexual males. **J Am Dent Assoc** 1983; 107: 248-53.

Eversole LR, Laidis PJ, Merrell P, Choi E. Demonstration of human papillomavirus DNA in oral condyloma acuminatum. **J Oral Pathol** 1987; 16: 266-72.

Ficarra G, Piluso S, Lucatorto FM, Orsi A, Dionisio D, Sterlandi L, Eversole LR. Cause of oral ulcers in HIV - infected patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1996; 82(2): 166-72.

Figueiredo MAC, Souza LB. Atitudes frente a AIDS: um estudo comparativo entre categorias profissionais na área de saúde. **Med Rib Preto** 1991; 24(3): 175-85.

Fineberg HV. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. **Science** 1988; 239: 592-6.

Fisher LD, Vanbelle G. **Bioestatistics a methodology for the health sciences**. New York: John Wiley & Sons; 1993.

Forattini OP. **Epidemiologia geral**. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

Friedland GH, Saltzman BR, Roger MF, Kahl PA, Lesser ML, Klein RS. Lack of transmission of HTLV-III/LAV infection to household contacts of patients with AIDS or AIDS - Related complex with oral candidiasis. **N Engl J Med** 1986; 314(6): 344-9.

Friedland GH, Klein RS. Transmission of the human immunodeficiency virus. **N Engl J Med** 1987; 317(18): 1125-35.

Friedman-Klen AE, Lafleur FL, Sendler E. Herpes Zoster: a possible early clinical sign for development of acquired immunodeficiency syndrome in high-risk individuals. **J Am Acad Dermatol** 1986; 14: 1023-8.

Galvão J. **AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34/ABIA; 2000.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

Gil AC. **AIDS: percepção de risco pessoal e conduta sexual preventiva de estudantes universitários da Grande São Paulo**. São Paulo; 1998. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Gil AC, Temporini ER. Prevenção da Aids entre estudantes universitários: existe influência dos pares? **Med Rib Preto** 2000; 33: 147-54.

Gil JN. **Manifestações bucais em pacientes HIV-positivos e aidéticos**. Florianópolis (SC): Hospital Nereu Ramos; 1998.

Gogna M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. **Cad Saúde Públ** 1998; 14 (Suppl 1): 81-5.

Grangeiro A. O perfil sócio-econômico da AIDS no Brasil. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa S. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Relume-Dumará: 1994.

Greenberg MS. Oral herpes simplex in immunossupressed patients. **Compendium Suppl** 1988; 9: 289-91.

Greenspan D, Connant M, Silverman Jr S, Greenspan JS, Petersen V, Souza Y. Oral “hairy” leucoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. **Lancet** 1984; 2: 831-4.

Greenspan D. Oral viral leucoplakia (“hairy” leucoplakia): a new oral lesion in association with AIDS. **Compend Contin Educ Dent** 1985; 6(3): 204-6.

Greenspan D, Greenspan JS. Significance of oral hairy leucoplakia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73(2): 151-4.

Greenspan JS, Greenspan D. Oral hairy leucoplakia: diagnosis and management. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1989; 67 (4): 396-403.

Greenspan JS, Barr CE, Sciuba JJ, Winkler JR. Oral manifestations of HIV infection. Definitions, diagnostic criteria and principles of therapy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73 (2): 142-4.

Greenspan JS. Initiatives in oral acquired immunodeficiency syndrome research. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73 (2): 244-7.

Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA, IMS UERJ; 1996.

Guimarães MDC. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. **Cad Saúde Pública** 2000; 16 (Sup. 1): 21-36.

Harvey SM, Beckman LJ, Wright C. Perceptions and use of the male condom among african american university students. **Intern Quart Com Health Educ** 1996-1997; 16 (2): 139-53.

Hebling E. **Mulheres e Aids: relações de gênero e condutas de risco**. Campinas; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Educação UNICAMP].

Henson KD, Longshore D, Kowalewski MR, Anglin MD, Annon K. Perceived AIDS risk among adult arrestee injection drug users in Los Angeles County. **AIDS Educ Prev** 1998; 10(5): 447-64.

Jenkins CD. Health for all by the year 2000: a challenge to behavioural sciences and health education. **Hygie** 1990; 9: 8-9.

Jiménez Jiménez AL. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: associação com variáveis econômicas, sociais e demográficas**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Kalichman AO. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: Parker R, Galvão J. **Seminário: A epidemiologia social da AIDS**. (Anais). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABIA; 1994.

Kaplan et al. Neoplastic complications of human immunodeficiency virus infection. **Am J Med** 1987; 82: 389-96.

Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedland GH. Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. **N Engl J Med** 1984; 311 (6): 354-8.

Klepinger DH, Billy J. Perception of AIDS risk and severity and their association with risk-related behavior among US men. **Fam Plan Perspc** 1993; 25 (2): 74-82.

Kowalewski MR, Henson KD, Longshore DL. Rethinking perceived risk and health behavior: a critical review of HIV prevention research. **Health Educ Behav** 1997; 24 (3): 313-325.

Lacaz CS, Sampaio SAP, Sotto MN, Pasternak J, Petri V, Carvalho RPS et al. **AIDS/SIDA**. São Paulo: Sarvier; 1990.

Lacerda R, Gravaro N, McFarland W. Truck drivers in Brazil: prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases, risk behavior and potencial for spread of infection. **AIDS** 1997 (Suppl 1): 515-9.

Leggott PJ. Oral manifestations of HIV infection in children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73 (2): 187-92.

Lima OCC, Silveira FRX, Birman EG. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV - positivos ou com AIDS. **Rev ABO Nac** 1994; 2 (1): 28-32.

Loyola MA. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: Loyola MA. **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará UERJ; 1994.

Lozada-Nur F, Sanz S, Silverman Jr S, Miranda C, Regezi JA. Intraoral non-Hodgkins's lymphoma in seven patients with acquired immunodeficiency syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1996; 82 (2): 173-8.

McCarthy GM. Host factors associated with HIV - related oral candidiasis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral** 1992; 73 (2): 181-6.

McKusik HW, Coates TJ. Aids and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. **Am J Public Health** 1985; 75: 493-6.

Melbye M, Grossman RJ, Goedert JJ, Eyster ME, Biggar RJ. Risk of AIDS after herpes zoster. **Lancet** 1987; 728-31.

Migliorati CA. AIDS: manifestações bucais. **Derm atual** 1985; 1 (5): 12-37.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação - Geral do PN DST/AIDS. **Drogas, AIDS e Sociedade**. Brasília: Coordenação - Geral de DST/AIDS, 1995.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Troca de seringas: drogas e Aids, ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.

Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Semana Epidemiológica 09 a 21 - março a maio de 1999.

Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. 23^a. a 36^a. Semanas Epidemiológicas - julho a setembro de 2000.

Organización Mundial de la Salud. **Manual para estudios epidemiológicos sobre las manifestaciones orales de la infección por el VIH**. Ginebra; 1994 (OMS-ISBN 92).

Parker R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

Parker R, Galvão J. **Seminário: A Epidemiologia Social da AIDS (Anais)**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABIA; 1994.

Parker R, Galvão J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA, IMST UERJ; 1996.

Parker R. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor /ABIA; 1997.

Pasternak J. **AIDS: verdade e mitos, histórias e fatos**. São Paulo: Círculo do Livro; 1988.

Pasternak J. AIDS: história pessoal de uma epidemia. **Rev USP - Dossiê AIDS** 1997; 33: 20-37.

Pereira AC, Leitão ML. **Síndrome da imunodeficiência adquirida**. São Paulo: Divisão Regional de Ensino 1; 1985 (Boletim Técnico).

Pereira AC. **Prevenção da AIDS: conhecimentos e conduta profissional de cirurgiões-dentistas dos setores público e privado do município de São Paulo**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Pereira AC, Temporini ER. Prevenção da Aids em consultório odontológico: conhecimento de cirurgiões-dentistas em região do município de São Paulo. **J Bras Doenças Sex Trans** 1999; 11 (4): 15-9.

Pindborg JJ, Classification of oral lesions associated with HIV infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1989; 67 (3): 292-5.

Piovesan A. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1970; 4: 5-97.

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1995; 29(4): 318-25.

Pollak M. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**. São Paulo: Estação Liberdade; 1990.

Prohaska TR, Albrecht G, Levy JA, Sugrue N, Kim JH. Determinants of self-perceived risk for AIDS. **J Health Soc Behav** 1990; 31: 384-94.

Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Ponce-de-Leon Sa. Oral manifestations of HIV infection by gender and transmission category in Mexico City. **J Oral Pathol Med** 1998; 27: 135-40.

Ramirez V, Gonzalez A, Gonzales R, Rivera I, Hernandez C et al. Oral lesions in mexican HIV - infected patients. **J Oral Pathol Med** 1990; 19 (10): 482-5.

Roberts MW, Brahim JS, Rinne NF. Oral manifestations of AIDS: a study of 84 patients. **J Amer Dent Assoc** 1988; 116: 863-6 .

Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Haignere C, Davies M. Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. **J Amer Dent Assoc** 1991; 266 (9): 1237-41.

Scully C, Laskaris G, Pindborg J, Porter SR, Reichart P. Oral manifestation of HIV infection and their management. I. More common lesions. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1991; 71 (2): 158-66.

Scully C, Laskaris G, Pindborg J, Porter SR, Reichart P. Oral manifestation of HIV infection and their management. II. Less common lesions. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1991; 71 (2): 167-71.

Scully C, McCarthy G. Management of oral health in person with HIV infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73 (2): 215-21.

Selik R, Castro KG, Pappaioanov M. Racial ethnic differences in the risk of AIDS in the United States. **Am J Public Health** 1988; 78 (12): 1539-45.

Silverman Jr S, Migliorati CA, Lozada-Nur F, Greenspan D, Conant MA. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. **J Amer Dent Assoc** 1986; 112: 187-192.

Silverman Jr S. Aids update: oral findings, diagnosis, and precautions. **J Amer Dent Assoc** 1987; 115: 559-63.

Slovic P. Perceptions of risk. **Science** 1987; 236: 280-5.

Snyder L, Rouse R. Targeting the audience for AIDS messages by actual and perceived risk. **AIDS Educ Prev** 1992; 4: 143-59.

Solomon MZ, DeJong W. Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. **Health Educ Quart** 1986; 13 (4): 301-16.

Sommadossi JP, Murphy RL. Protease Inhibitors Therapy for AIDS Patients. **Braz J Infec Dis** 1997; 1 (5): 226-9.

Souza NR, Vietta EP. Compreendendo o portador HIV/Aids usuário de drogas. **J Bras doencas Sex Trans** 1999; 11 (6): 10-6.

Svenson GR, Hanson BS. Are peer and social influences important components to include in HIV-STD prevention models? **Eur J Public Health** 1996; 6: 203-11.

Syrjänen S, Valle SL, Antonen J, Suni J, Saxinger C, Ranki A. Oral candidal infection as a sign of HIV infection in homosexual men. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1988; 65 (1): 36-40.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad Saúde Pública** 2000; 16 (Supl. 1): 7-19.

Temporini ER. **Saúde escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo**. São Paulo; 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública USP].

Temporini ER. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftal** 1991; 54: 279-81.

Temporini ER. **Prevenção da AIDS: percepção e conduta sexual de estudantes universitários, no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública USP].

Temporini ER, Piovesan A, Santos Filho E, Carvalho GCM, Federman M, Silva OMP et al. Prevenção da AIDS: percepções de estudantes universitários relacionadas à transmissão sexual. **Rev bras Saúde esc** 1996; 4(3/4): 64-71.

Temporini ER. Prevenção da AIDS: um desafio sócio-comportamental. **Rev USP-Dossiê AIDS** 1997; 33: 38-45.

Ventura-Filipe EM. Adequacy of Psychological Models for Risk Reduction Behaviour in HIV and AIDS. **J Bras Doenças Sex Trans** 1997; 9(6): 37-41.

Vest MJ. Perceived consequences of employing AIDS victims development and validation of scale. **Psychol Rep** 1990; 66: 1367-74.

Vieira NFC, Sherlock MSM. O (des)velamento do cotidiano do indivíduo soropositivo: convivências e resistências. **J Bras Doenças Sex Trans** 1997; 9(4): 4-7.

Winkler JR. Periodontal disease of male homosexuals as related to AIDS - virus infection. **Proceedings, International Conference on AIDS**; 1986 june 23-25; Paris, (France), abstract n. 1009.

Winkler JR, Murray PA. Periodontal disease. A potential intraoral expression of AIDS may be rapidly progressive periodontitis. **J Calif Dent Assoc** 1987; 15(1): 20-4.

Winkler JR, Robertson PB. Periodontal disease associated with HIV infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992; 73 (2): 145-50.

Ziegler JB, Johnson RO, Cooper DA, Gold J. Post-natal transmission of AIDS - Associated retrovirus from mother to infant. **Lancet** 1 1985; 896-7.

Zimmerman RS, Olson K. AIDS related risk behavior change in a sexually active, heterosexual sample: a test of three models of prevention. **AIDS Educ Prev** 1994; 6(3): 189-205.

8. ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA EXPLORATÓRIA

1. Há quanto tempo você sabe que tem Aids?
2. Como você acha que pegou Aids?
3. Como você se sentiu quando soube que estava com Aids?
4. Depois que você soube que estava com o vírus da Aids, você mudou sua vida sexual?
5. Depois que você soube que estava com o vírus da Aids, você mudou seu comportamento social?
6. Como você acha que as pessoas podem pegar Aids?
7. Você acha que pode aparecer alguma ferida na boca por causa da Aids?
8. Você acha que as feridas que aparecem na boca por causa da Aids são perigosas?
9. Você está recebendo algum tratamento para a Aids?
10. O que você espera com o tratamento que vem recebendo?
11. Como você considera a Aids em relação a sua gravidade?
12. Como você recebeu informações sobre a Aids?
13. Como você avalia os seus conhecimentos em relação à Aids?

ANEXO II

“RAPPORT”

Eu sou cirurgião-dentista e professor do curso de odontologia, estou realizando curso de pós-graduação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Neste momento, estou realizando uma pesquisa sobre a Aids entre as pessoas que estão fazendo tratamento neste local. Necessito de sua colaboração para a realização deste estudo. Se você concordar farei uma entrevista para colher informações que serão muito importantes para a realização da pesquisa.

Sua participação voluntária será de grande valia para o desenvolvimento da pesquisa. Solicito que responda a todas as perguntas com sinceridade, mesmo as que lhe parecerem estranhas, pois são de grande importância para o estudo. As suas respostas ficarão no anonimato e será mantido sigilo.

Podemos começar agora?

ANEXO III

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES INFECTADOS PELO HIV

FICHA Nº
 1 2 3

LOCAL DE TRATAMENTO
LOCALIDADE DA RESIDÊNCIA
IDADESEXOESTADO CIVIL

PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES BUCAIS

	SIM (1)	NÃO (2)
CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA	___	___
CANDIDÍASE ERITEMATOSA	___	___
CANDIDÍASE HIPERPLÁSICA	___	___
PERIODONTITE NECROTIZANTE	___	___
GENGIVITE ÚLCERO NECROSANTE AGUDA	___	___
GENGIVITE ERITEMATOSA LINEAR	___	___
ULCERAÇÕES	___	___
HERPES SIMPLES	___	___
LEUCOPLASIA PILOSA	___	___
SARCOMA DE KAPOSÍ	___	___
OUTRAS LESÕES	___	___
QUAL ?		

<p>7. VOCÊ JÁ ESTUDOU, OU ESTÁ ESTUDANDO NA ESCOLA ? SIM OU NÃO ? <i>ECA: EM QUE SÉRIE VOCÊ ESTÁ ? OU: ATÉ QUE SÉRIE VOCÊ ESTUDOU ?</i></p> <p>- SIM (1)</p> <p>- NÃO (2)</p> <p>I - 1º GRAU (OU EQUIVALENTE)</p> <p>1ª SÉRIE (3)</p> <p>2ª SÉRIE (4)</p> <p>3ª SÉRIE (5)</p> <p>4ª SÉRIE (6)</p> <p>5ª SÉRIE (7)</p> <p>6ª SÉRIE (8)</p> <p>7ª SÉRIE (9)</p> <p>8ª SÉRIE (10)</p> <p>II - 2º GRAU (OU EQUIVALENTE)</p> <p>1ª SÉRIE (11)</p> <p>2ª SÉRIE (12)</p> <p>3ª SÉRIE (13)</p> <p>III - 3º GRAU (CURSO SUPERIOR)</p> <p>INCOMPLETO (14)</p> <p>COMPLETO (15)</p> <p>IV - NUNCA ESTUDOU (16)</p>	<p>12</p> <p>13 14</p> <p>15</p>
<p>8. VOCÊ É SOLTEIRO(A), CASADO(A), VIÚVO(A), SEPARADO(A), DESQUITADO(A), DIVORCIADO(A) OU AMASIADO(JUNTADO) ?</p> <p>- SOLTEIRO(A) (1)</p> <p>- CASADO(A) (2)</p> <p>- VIÚVO(A) (3)</p> <p>- SEPARADO(A) (4)</p> <p>- DESQUITADO(A) (5)</p> <p>- DIVORCIADO(A) (6)</p> <p>- AMASIADO(A) (JUNTADO(A)) (7)</p>	<p>15</p>
<p>9. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ FAZ TRATAMENTO NESTE SERVIÇO ?</p> <p>_____ MESES OU</p> <p>_____ ANOS</p>	<p>16 17</p> <p>18 19</p>

10. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SABE QUE TEM O VÍRUS DA AIDS ? ____ MESES OU ____ ANOS	<div>20 21</div> <div>22 23</div>
11. VOCÊ JÁ RECEBEU ALGUM REMÉDIO PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA AIDS? SIM OU NÃO? - SIM (1) - NÃO (PASSE PARA A QUESTÃO 15) (2)	<div>24</div>
12. O SEU TRATAMENTO É FEITO COM “COQUETEL”, SIM OU NÃO? OU, VOCÊ NÃO SABE ? - SIM (1) - NÃO (2) - NÃO SABE (9)	<div>25</div>
13. NA SUA OPINIÃO, O TRATAMENTO QUE VOCÊ VEM FAZENDO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA AIDS TROUXE MUITA MELHORA, MELHORA REGULAR, POUCA MELHORA OU NENHUMA MELHORA ? - MUITA MELHORA (1) - MELHORA REGULAR (2) - POUCA MELHORA (3) - NENHUMA MELHORA (4)	<div>26</div>
14. VOCÊ ACREDITA NA POSSIBILIDADE DE FICAR CURADO DA AIDS POR CAUSA DO TRATAMENTO QUE VEM FAZENDO, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ? - SIM (1) - NÃO (2) - NÃO SABE (9)	<div>27</div>
15. NA SUA OPINIÃO, PODE APARECER ALGUMA FERIDA NA BOCA POR CAUSA DA AIDS, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ? - SIM (1) - NÃO (PASSE PARA A QUESTÃO 19) (2) - NÃO SABE ...(PASSE PARA A QUESTÃO 19) (9)	<div>28</div>

16. VOCÊ TEM OU TEVE ALGUMA FERIDA NA BOCA POR CAUSA DA AIDS ? SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ? - SIM, JÁ TEVE, MAS AGORA NÃO TEM MAIS (1) - SIM, TEM (2) - NÃO TEVE OU NÃO TEM (3) - NÃO SABE (9)	<div>29</div>
17. NA SUA OPINIÃO, AS FERIDAS NA BOCA QUE APARECEM POR CAUSA DA AIDS SÃO GRAVES, MAIS OU MENOS GRAVES, OU SEM NENHUMA GRAVIDADE ? - GRAVES (1) - MAIS OU MENOS GRAVES (2) - SEM NENHUMA GRAVIDADE (3)	<div>30</div>
18. POR QUE VOCÊ TEM ESSA OPINIÃO ? <div><div><div>SIM</div><div>NÃO</div></div><div>(1)(2)</div></div> - PORQUE NÃO SEI COMO APARECEM - PORQUE SÃO MUITO PERIGOSAS - PORQUE SÃO CONSEQUÊNCIA DA AIDS - PORQUE ELAS TÊM TRATAMENTO - PORQUE ELAS TÊM CURA	<div>31</div> <div>32</div> <div>33</div> <div>34</div> <div>35</div>
19. NA SUA OPINIÃO, A AIDS É UMA DOENÇA MUITO GRAVE, GRAVE, MAIS OU MENOS GRAVE, DE POUCA GRAVIDADE, OU SEM NENHUMA GRAVIDADE ? - MUITO GRAVE (1) - GRAVE (2) - MAIS OU MENOS GRAVE (3) - DE POUCA GRAVIDADE (4) - SEM NENHUMA GRAVIDADE (5)	<div>36</div>

20. NA SUA OPINIÃO, UMA PESSOA INFECTADA PELO VÍRUS DA AIDS PODE TRANSMITIR A DOENÇA PARA OUTRA PESSOA ? SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ? - SIM (1) - NÃO (PASSE PARA A QUESTÃO 22) (2) - NÃO SABE ... (PASSE PARA A QUESTÃO 22) (9)	37
21. NA SUA OPINIÃO, O RISCO DE UMA PESSOA INFECTADA PELO VÍRUS DA AIDS TRANSMITIR O VÍRUS PARA OUTRA PESSOA, SE NÃO TOMAR QUALQUER CUIDADO É GRANDE, MÉDIO, PEQUENO OU NÃO EXISTE RISCO ALGUM ? - GRANDE (1) - MÉDIO (2) - PEQUENO (3) - NENHUM RISCO (4)	38
22. COMO VOCÊ SE SENTIU DEPOIS DE SABER QUE ESTAVA COM O VÍRUS DA AIDS: <div><div><div>SIM (1)</div><div>NÃO (2)</div></div><div>- CHOCADO(A), SIM OU NÃO ? - DEPRIMIDO(A), SIM OU NÃO ? - PREOCUPADO(A) COM A DOENÇA, SIM OU NÃO? - TRANQUILO(A) PARA INICIAR O TRATAMENTO, SIM OU NÃO ? - CONFIANTE NOS NOVOS MEDICAMENTOS, SIM OU NÃO ? - DESPREOCUPADO(A), SIM OU NÃO ? - INDIFERENTE, SIM OU NÃO ?</div></div>	39 40 41 42 43 44 45

23. NA SUA OPINIÃO, QUE CONSEQUÊNCIAS A INFECÇÃO PELO VÍRUS DA AIDS CAUSOU NO SEU CONVÍVIO COM OUTRAS PESSOAS ? MUITO DISTANTE, MAIS OU MENOS DISTANTE, UM POUCO DISTANTE OU, DA MESMA FORMA QUE ANTES ?		
	<div><div>SIMNÃO</div><div>(1)(2)</div></div>	
- MUITO DISTANTE	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>46</div></div>
- MAIS OU MENOS DISTANTE	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>47</div></div>
- UM POUCO DISTANTE	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>48</div></div>
- DA MESMA FORMA QUE ANTES	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>49</div></div>
24. VOCÊ COSTUMAVA USAR CAMISINHA DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL ANTES DE TER O VÍRUS DA AIDS, SIM OU NÃO ? ECA: VOCÊ USAVA EM TODAS AS VEZES OU SÓ EM ALGUMAS RELAÇÕES SEXUAIS ?		
- SIM	<div><div>—</div><div>(1)</div></div>	
TODAS AS VEZES	<div><div>—</div><div>(2)</div></div>	<div><div>—</div><div>50</div></div>
ALGUMAS RELAÇÕES	<div><div>—</div><div>(3)</div></div>	
- NÃO USAVA	<div><div>—</div><div>(4)</div></div>	<div><div>—</div><div>51</div></div>
25. DEPOIS DE VOCÊ SABER QUE ESTAVA COM O VÍRUS DA AIDS, VOCÊ MUDOU OU NÃO MUDOU SUA VIDA SEXUAL? ECA: QUAL FOI ESSA MUDANÇA ?		
- NÃO MUDOU	<div><div>—</div><div>(1)</div></div>	
- MUDOU	<div><div>—</div><div>(2)</div></div>	<div><div>—</div><div>52</div></div>
	<div><div>SIMNÃO</div><div>(1)(2)</div></div>	
- PASSOU A USAR CAMISINHA, SIM OU NÃO?	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>53</div></div>
- ESCOLHEU MELHOR O(A) PARCEIRO (A), SIM OU NÃO ?	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>54</div></div>
- MANTEVE-SE FIEL AO(À) PARCEIRO(A), SIM OU NÃO?	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>55</div></div>
- DEIXOU DE FAZER SEXO, SIM OU NÃO?	<div><div>—</div><div>—</div></div>	<div><div>—</div><div>56</div></div>

26. DEPOIS DE VOCÊ SABER QUE ESTAVA COM O VÍRUS DA AIDS, VOCÊ MUDOU OU NÃO MUDOU SEU COMPORTAMENTO SOCIAL? ECA: QUAL FOI ESSA MUDANÇA ?		
- NÃO MUDOU	____ (1)	57
- MUDOU	____ (2)	
	<u>SIM</u> <u>NÃO</u>	
	(1) (2)	
- TOMOU MAIS CUIDADO NO CONTATO COM AS PESSOAS	____	58
- ISOLOU-SE DO CONVÍVIO COM PARENTES OU AMIGOS	____	59
- PROCUROU APOIO E COMPREENSÃO DA FAMÍLIA	____	60
- BUSCOU O CARINHO DO PARCEIRO (A)	____	61
- BUSCOU CONFORTO NA RELIGIÃO OU IGREJA ...	____	62
27. NO RELACIONAMENTO SEXUAL VOCÊ SE CONSIDERA HOMOSSEXUAL, BISSEXUAL OU HETEROSSEXUAL ?		
- HOMOSSEXUAL	____ (1)	63
- BISSEXUAL	____ (2)	
- HETEROSSEXUAL	____ (3)	

28. NA SUA OPINIÃO, DE QUE MANEIRA VOCÊ ACHA QUE PODE SER TRANSMITIDO O VÍRUS DA AIDS ?				
	<u>SIM</u> (1)	<u>NÃO</u> (2)	<u>N.S.</u> (9)	
- RELAÇÃO SEXUAL, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	64
- SANGUE, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	65
- DROGAS INJETÁVEIS, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	66
- DOAÇÃO DE SANGUE, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	67
- RECEBER TRANSFUSÃO DE SANGUE, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	68
- DA MÃE PARA O FILHO, QUANDO A MÃE TEM AIDS, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	69
- LEITE MATERNO, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	70
- BEIJO/SALIVA, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	71
- URINA/FEZES, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	72
- LÁGRIMA, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	73
- BANHEIRO PÚBLICO, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	74
- SAUNA COLETIVA, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	75
- CONTATO COM PESSOAS CONTAMINADAS, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	76
- ACIDENTE COM INSTRUMENTO CONTAMINADO, SIM OU NÃO ? OU, VOCÊ NÃO SABE ?	—	—	—	77

29. NA SUA OPINIÃO, DE QUE FORMA VOCÊ ACHA QUE SE CONTAMINOU COM O VÍRUS DA AIDS? POR:			
	<u>SIM</u> (1)	<u>NÃO</u> (2)	
- RELAÇÃO SEXUAL ? SIM OU NÃO ?	___	___	78
- SERINGA CONTAMINADA? SIM OU NÃO ?	___	___	79
- TRANSFUSÃO DE SANGUE CONTAMINADO ? SIM OU NÃO ?	___	___	80
- ACIDENTE COM INSTRUMENTO CONTAMINADO ? SIM OU NÃO ?	___	___	81
30. VOCÊ JÁ SABIA ALGUMA COISA SOBRE A AIDS ANTES DE FICAR DOENTE, OU APENAS SOUBE DEPOIS QUE FICOU DOENTE ?			
- SABIA ANTES	___	(1)	82
- SOUBE DEPOIS	___	(2)	
31. DE QUE MANEIRA VOCÊ RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE A AIDS? FOI POR:			
	<u>SIM</u> (1)	<u>NÃO</u> (2)	
- PROGRAMAS DE TELEVISÃO, SIM OU NÃO ?	___	___	83
- PROGRAMAS DE RÁDIO, SIM OU NÃO ?	___	___	84
- LEITURA DE JORNAIS OU REVISTAS, SIM OU NÃO ?	___	___	85
- LEITURA DE FOLHETOS OU CARTAZES, SIM OU NÃO	___	___	86
- PALESTRAS OU CONFERÊNCIAS, SIM OU NÃO ?	___	___	87
- CONVERSA COM AMIGOS OU PARENTES, SIM OU NÃO ?	___	___	88
- ORIENTAÇÃO NESTE LOCAL DE ATENDIMENTO, SIM OU NÃO ?	___	___	89
- ORIENTAÇÃO NO SEU SERVIÇO OU NA SUA ASSOCIAÇÃO, SIM OU NÃO ?	___	___	90
- FITAS DE VÍDEO OU FILMES, SIM OU NÃO ?	___	___	91

32. EM RELAÇÃO À AIDS, SOBRE QUE ASSUNTOS VOCÊ RECEBEU INFORMAÇÃO OU ORIENTAÇÃO:			
	<u>SIM</u> (1)	<u>NÃO</u> (2)	
- USO DE CAMISINHA, SIM OU NÃO ?	___	___	___ 92
- ESCOLHA DE PARCEIRO SEXUAL, SIM OU NÃO ?	___	___	___ 93
- FIDELIDADE AO PARCEIRO SEXUAL, SIM OU NÃO?	___	___	___ 94
- CONTÁGIO POR RELAÇÃO SEXUAL, SIM OU NÃO?	___	___	___ 95
- CONTÁGIO POR SANGUE, SIM OU NÃO ?	___	___	___ 96
- CONTÁGIO DA MÃE PARA O FILHO, SIM OU NÃO?	___	___	___ 97
- CONTÁGIO POR AGULHA E SERINGA CONTAMINADAS, SIM OU NÃO ?	___	___	___ 98
- USO E LAVAGEM DE SERINGAS, SIM OU NÃO ? ...	___	___	___ 99
33. EM RELAÇÃO AO SEU CONHECIMENTO SOBRE A AIDS, VOCÊ ACHA QUE SABE MUITO, SABE MAIS OU MENOS, SABE POUCO, OU NÃO SABE PRATICAMENTE NADA?			
- MUITO	___	(1)	___ 100
- MAIS OU MENOS	___	(2)	
- POUCO	___	(3)	
- NADA	___	(4)	

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos - Resolução Nº 196/96 - CNS)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente.....

Data de nascimento...../...../..... Documento.....

EndereçoCidade.....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do Protocolo de Pesquisa: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: ASPECTOS SOCIAIS E PERCEPÇÃO DE RISCO EM RELAÇÃO ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS. SÃO PAULO - 2000.

Pesquisador Principal: Antonio Carlos Pereira
Cargo/função: doutorando - Cirurgião-Dentista CROSP: 3751
Unidade: Faculdade de Saúde Pública
Universidade: Universidade de São Paulo

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE

I - Justificativa e objetivos da pesquisa

O presente projeto de pesquisa será realizado somente entre indivíduos infectados pelo vírus da Aids e, que aceitem em participar deste estudo espontaneamente. As finalidade da pesquisa são: identificar as manifestações que podem ocorrer na boca como consequência da Aids; verificar o que os indivíduos infectados pelo vírus sabem a respeito da origem dessas manifestações e se elas são graves; verificar as consequências psicológicas, sociais e orgânicas da infecção para esses indivíduos e, se eles percebem se têm possibilidade de transmitir o vírus da Aids para outras pessoas.

A nossa preocupação com a realização desta pesquisa justifica-se para identificar qual a freqüência das manifestações bucais da Aids nos indivíduos que, atualmente, recebem diversos tratamentos que podem alterá-las, bem como quais as consequências dos tratamentos (melhoria dos sintomas e possibilidade de cura da doença).

2 - Especificações dos procedimentos e esclarecimentos

Para sua participação na pesquisa será realizada com você uma entrevista e preenchimento de questionário, que será igual para todas as pessoas que concordarem em participar desta pesquisa, abordando questões relativas aos seus dados pessoais, local onde realiza o tratamento médico e odontológico, quais tratamentos vem recebendo, como você adquiriu o vírus da Aids, sua vida sexual e práticas sexuais, uso de drogas injetáveis, comportamento social e sexual depois que soube que foi contaminado pelo vírus da Aids.

Com a realização desta pesquisa você poderá obter alguns benefícios, como: melhorar seus conhecimentos acerca dos pontos abordados na pesquisa; avaliar o seu próprio risco de transmitir o vírus da Aids para outras pessoas; conhecer a possibilidade de ter melhoria dos sintomas da doença.

Você terá sempre a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da entrevista, procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento.

Você terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do tratamento.

A entrevista terá caráter confidencial, quando será mantido sigilo absoluto das respostas. A sua identidade pessoal não será utilizada em qualquer relato ou publicação que possam resultar do estudo. O seu nome não será associado ao questionário.

Você terá o direito de receber informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar sua vontade em continuar participando da pesquisa.

IV - CONSENTIMENTO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, consinto em participar na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II. Fica claro que, minha participação nesse estudo é voluntária, sou livre para recusar ou desistir a qualquer momento e, qualquer que seja minha decisão, meus direitos de receber atendimento aqui ou em qualquer outro serviço público não serão prejudicados.

São Paulo,.....de.....de.....

.....
Assinatura do paciente

.....
Assinatura do pesquisador
que obteve o consentimento

NOTA: Este termo deverá ser elaborado em duas vias: uma via ficará em poder do paciente; outra via será arquivada pelo pesquisador.

Caso necessite informações complementares sobre a pesquisa entrar em contato com:
Antonio Carlos Pereira - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César .
Telefones: 3066-7784/7782.