

PREVENÇÃO DO HIV: CHAVES PARA O SUCESSO

O que faz um projeto de prevenção ter sucesso? É claro que grupos diferentes exigem formas de abordagem e atividades diferentes, mas todos os projetos que dão certo possuem elementos em comum. Todos começam, por exemplo, com os interesses e preocupações dos grupos que pretendem atingir, envolvendo-os em seu planejamento e implementação.

Este número de *Ação anti-AIDS* resume os princípios de projetos bem-sucedidos e examina alguns dos que utilizaram tais princípios. Na Tanzânia, membros de cerca de 1.000 comunidades tornaram-se mais atuantes na prevenção do HIV, com o apoio de uma equipe distrital de AIDS que os ajudou a identificar suas prioridades. No norte da Tailândia, as comunidades locais desenvolveram atitudes mais positivas em relação às pessoas afetadas pelo HIV com a identificação de fontes de apoio dentro de suas próprias comunidades.

Uma questão-chave para projetos de prevenção do HIV é a forma de trabalhar com os grupos mais vulneráveis ao vírus, que são os mais discriminados, sem torná-los ainda mais estigmatizados. Este número destaca um projeto no qual brasileiros de ascendência africana, não alcançados pelas campanhas de prevenção do HIV, estão divulgando mensagens sobre o vírus em sua comunidade, através de atividades baseadas em sua cultura e religião. Na Costa Rica, jovens usuários de drogas começam a encarar a realidade do HIV, apoiados por um projeto que os ajuda a reconhecer a necessidade de desenvolver a solidariedade mútua.

Uma vez iniciado seu projeto, como mantê-lo em ação? Este número contém ainda dicas de como sustentar projetos que vêm dando certo, inclusive atividades para identificar os fatores que contribuem para sua execução plena.

É difícil continuar falando sobre prevenção do HIV diante de tantas outras pressões na vida das pessoas. Entretanto, é possível agir em conjunto para reduzir o risco do HIV, como mostram os exemplos neste número.

AHRTAG mudou de nome: Healthlink Worldwide. O novo nome enfatiza o enfoque da organização na saúde ao redor do mundo e descreve sua maneira de trabalhar: ligando informações e agentes de saúde, unindo parceiros, políticas e práticas.

O QUE FUNCIONA MELHOR?

Existem formas de saber quais atividades voltadas para a prevenção do HIV têm mais chances de dar certo.

Os melhores programas para prevenção do HIV usam uma combinação de persuasão e habilitação. Persuasão significa dar às pessoas informações corretas e motivá-las a proteger sua saúde. Por sua vez, a habilitação consiste em ajudar as pessoas a colocar em prática o conhecimento sobre como proteger sua saúde. Como por exemplo, tornar a camisinha mais fácil de obter e oferecer serviços de saúde mais acessíveis. Significa também mudar as leis e políticas, de modo a tornar pessoas mais expostas ao risco de infecção como jovens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, mais fáceis de se alcançar.

ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO

Um exame dos programas para prevenção do HIV em todo o mundo mostra que os mais bem-sucedidos:

- envolvem a comunidade;
- facilitam o estabelecimento de parcerias e confiança entre as pessoas;
- envolvem as pessoas com HIV em todas as suas fases;
- desenvolvem as habilidades e o conhecimento da comunidade;
- criam um ambiente aberto e compreensivo;
- envolvem outros setores além do de saúde;
- conseguem o apoio de quem está no poder;
- são cuidadosamente planejados e avaliados;
- reconhecem que mesmo as abordagens mais bem-planejadas podem falhar.

Os programas bem-sucedidos incluem vários componentes que, juntos, compõem um bom pacote de prevenção: informações sobre a transmissão do HIV; atividades para convencer as pessoas a avaliar os comportamentos de risco; treinamento para falar sobre sexo e questões relativas a drogas; acesso a recursos como preservativos e serviços de saúde apropriados.

PREOCUPAÇÕES

Difícilmente a prevenção do HIV é a única preocupação de uma pessoa. É importante:

- começar com os próprios interesses e necessidades das pessoas;
- envolver as pessoas no planejamento e implementação do projeto;
- reconhecer as realidades que as pessoas enfrentam no seu cotidiano;
- focalizar a saúde sexual tanto de homens como de mulheres;
- examinar os aspectos positivos da saúde sexual, inclusive o prazer e o gozo, além de problemas como gravidez não-desejada e doenças sexualmente transmissíveis;
- relacionar a saúde sexual às preocupações mais gerais das pessoas.

Os jovens freqüentemente são alvo de mensagens sobre prevenção do HIV pelos adultos. É especialmente importante começar pelos seus interesses, estimular sua participação e relacionar as questões sobre o HIV com interesses mais gerais, como relacionamentos, família e planos para o futuro.

Os usuários de drogas injetáveis correm risco de infecção tanto através da relação sexual como do uso compartilhado de seringas contaminadas. As estratégias para prevenção do HIV incluem também:

- parar de injetar drogas, ou usar drogas não-injetáveis (a opção mais segura);
- usar seringas e agulhas esterilizadas e não emprestá-las (é seguro se for feito sempre);
- esterilizar o material a cada uso (é seguro, mas difícil de fazer corretamente).

Existem evidências de que usuários de drogas injetáveis podem e conseguem mudar seu comportamento para reduzir o risco de infecção pelo HIV.

Profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens: o sexo por dinheiro e entre homens são altamente estigmatizados e ilegais em alguns países. Por isso, esses grupos podem ser difíceis de atingir. A melhor maneira pode ser pelos facilitadores ou agentes de saúde da própria comunidade.

AVALIAÇÃO

Essencial para o sucesso dos programas para prevenção do HIV, a avaliação pode fornecer muitas informações úteis para o desenvolvimento do projeto. Muitos projetos não avaliados param devido a pressões de tempo e recursos. Entretanto, não é necessário que a avaliação seja dispendiosa ou prolongada, desde que os objetivos e atividades do projeto sejam cuidadosamente considerados e redigidos antes do seu início.

NOVAS OPORTUNIDADES

Cada vez mais tecnologias se tornam disponíveis para a população. Microbicidas vaginais, que matam o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, estão sendo desenvolvidos. Em alguns países, o preservativo feminino ficou mais barato e acessível, oferecendo mais uma opção, especialmente para mulheres cujos parceiros não querem assumir responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva.

Fontes:

HIV prevention works. In: Highlights from an official satellite symposium of the XI International Conference on AIDS, Vancouver. Ottawa: Canadian Public Health Association. Sexual behaviour and HIV/AIDS: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Aggleton, P Utrecht: Landelijk Centrum GVO for the International Union for Health Promotion and Health Education and the Commission of the European Communities, 1994.

Success in HIV prevention - some strategies and approaches.

Peter Aggleton, Director, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, 27/28 Woburn Square, London WC1H 0AA, Reino Unido.

MAIS QUE UMA QUESTÃO DE SAÚDE

Equipe fortalece os programas de prevenção e assistência ao HIV em um distrito rural da Tanzânia.

Magu é um distrito rural na Tanzânia, à margem do Lago Vitória e cruzado por uma importante rota de caminhões. Cerca de um entre 20 adultos é soropositivo. As doenças sexualmente transmissíveis são comuns.

Em 1995, o Tanzânia Netherlands Support Project on AIDS (TANESA) organizou um seminário de três dias para a comissão distrital de assistência médica básica (AMB), com o objetivo de examinar o programa de HIV/AIDS no distrito. Os integrantes da comissão incluíam funcionários dos setores de saúde, desenvolvimento comunitário, educação, água e pesca, e da secretaria de planejamento. Organizações religiosas e ONGs locais também foram convidadas.

Os participantes concluíram que o programa local de HIV não estava tendo resultados devido a dificuldades da comissão para se reunir. Frequentemente os chefes de setor não compareciam às reuniões. A estrutura de AMB no nível comunitário também estava fraca, porque dependia principalmente do setor de saúde.

Os organizadores do seminário decidiram, então, criar uma equipe multi-setorial de "Ação contra a AIDS", formada pelo responsável pelo planejamento distrital (como chefe); pelo coordenador distrital de AIDS, vinculado ao setor de saúde (como secretário); e por representantes dos setores de planejamento, saúde, desenvolvimento, cultura e educação, e das ONGs. Os objetivos da equipe são:

- representar os setores relevantes e as ONGs;
- planejar e coordenar todas as atividades relacionadas à AIDS no nível distrital;
- mobilizar recursos para atividades de prevenção do HIV/AIDS no nível do distrito;
- reunir-se trimestralmente e apresentar relatório à comissão distrital de AMB.

A nova organização funciona muito melhor. O secretário da equipe de "Ação contra a AIDS" entra em contato diretamente com os chefes de departamento dos vários setores. O responsável pelo planejamento distrital, como chefe da equipe, constitui um forte vínculo com o conselho distrital, já que ele também planeja as reuniões do conselho e elabora sua proposta de orçamento.

O principal contato da equipe com a comunidade local é feito por meio das comissões de serviços sociais, que organizam atividades como grupos locais de teatro e contribuem com dinheiro ou material para campanhas de prevenção do HIV.

APOIANDO OS CONSELHEIROS

Os conselheiros distritais muitas vezes acham difícil saber como alocar seu limitado orçamento. A equipe de "Ação contra a AIDS" tem ajudado a identificar prioridades, organizando um programa de 'mapeamento' para verificar as áreas onde o risco do HIV é maior. A equipe pediu a grupos de homens e mulheres, em separado, incluindo jovens, para desenhar um mapa de sua comunidade, mostrando os lugares onde eles percebiam um risco maior de contrair o HIV. Isso foi

feito em cerca de 1.000 comunidades. Os mapas foram usados para iniciar as discussões sobre os problemas encontrados quando se tenta evitar comportamentos de risco.

Tanto os problemas como as soluções propostas foram discutidos com toda a comunidade, usando os grupos locais de teatro. Os grupos de mapeamento propuseram ações que levassem a uma mudança, discutidas então com os líderes da comunidade. Tais ações incluíram normas para regulamentar o horário de funcionamento de bares, locais para apresentação de vídeos e bailes, restringindo o pequeno comércio ao horário diurno. A punição para o sexo forçado foi aumentada e a distribuição de camisinhas melhorou.

Devido ao seu vínculo com o conselho distrital, a equipe de "Ação contra a AIDS" tem conseguido destinar 3% do orçamento do conselho para programas de prevenção do HIV. Magu é o primeiro conselho distrital na Tanzânia a fazer tal contribuição.

MUDANÇA LENTA

A equipe tem tido alguns problemas, como a demora na transferência de recursos do conselho distrital. É preciso conversar com os conselheiros e mostrar o mapeamento feito, para conseguir a transferência dos recursos. Também foi preciso desenvolver a confiança das comissões de serviços sociais da vila para que se envolvessem na prevenção do HIV.

Os responsáveis pelo programa de HIV no distrito precisam manter-se em contato permanente com as comunidades da vila, para que não percam o entusiasmo pelo programa. Visitas de intercâmbio entre vilas, organizadas pela equipe do programa, ajudaram nesse sentido.

O programa está sendo avaliado em um ambulatório do distrito. Os primeiros resultados sugerem uma sensível redução no número de parceiros de homens e mulheres, embora não tenha havido aumento no uso de preservativos.

**Dick Schapink, Dr. Ng'weshemi, Betty Chiduo, Deus Mayunga, Venance Nyonyo, TANESA,
PO Box 434, Mwanza, Tanzânia.**

APOIO DA COMUNIDADE

As comunidades ao norte do Tailândia identificaram os recursos que podem ser usados para apoiar pessoas afetadas pelo HIV

Quase metade das pessoas afetadas pelo HIV, na Tailândia, vive no norte do país. A pobreza é grande e as comunidades não sabem como apoiar as famílias afetadas pelo HIV.

Em 1993, o CARE International na Tailândia deu início a um projeto para melhorar a compreensão das pessoas sobre questões relacionadas ao HIV, além de apoiar as famílias afetadas pelo vírus. Melhorar a assistência a pessoas com HIV pode ajudar a tornar mais eficaz a prevenção.

O projeto "Vivendo com AIDS" cobre 140 vilas. Baseia-se em dois conceitos: assistência completa e assistência contínua. Assistência completa significa o estabelecimento de sistemas para proporcionar apoio médico, psicológico e econômico as famílias. Assistência contínua consiste em assegurar o prosseguimento da assistência, fortalecendo os elos dentro das famílias afetadas pelo HIV, entre membros da família, serviços de saúde e outros, dentro e fora da comunidade local.

IDENTIFICANDO RECURSOS

Quando o projeto começou, a maioria das pessoas não sabia como utilizar os recursos locais que poderiam ajudar as famílias afetadas pelo HIV. Elas não consideravam a própria comunidade como um recurso, mas buscavam programas externos.

O CARE usa um processo participativo de 'mapeamento de recursos' para identificar os recursos locais disponíveis que não estão sendo usados. O pessoal do CARE e voluntários da vila organizam uma sessão com líderes locais e outras pessoas interessadas em ajudar famílias afetadas pelo HIV. Estas pessoas podem ser membros das próprias famílias, embora não identificados como tal.

A sessão começa com uma discussão da situação da saúde na vila. O HIV é abordado, assim como a maneira pela qual a comunidade está enfrentando o problema. Depois, os membros do grupo fazem um mapa da vila e discutem as pessoas e organizações que podem oferecer apoio médico, psicológico e econômico as famílias afetadas pelo HIV, colocando-as no mapa. Os recursos podem incluir:

- apoio médico (inclusive tratamento em casa) - hospital distrital, centro de assistência básica à saúde na vila, praticantes de medicina tradicional, locais para obtenção de medicamentos fitoterápicos, voluntários da vila, farmácia local, monges budistas, membros da família;
- apoio psicológico - instituições religiosas, professores, grupos locais de pessoas com HIV, pessoas respeitadas na vila, pessoal do centro de saúde, médico distrital, familiar vizinhos;

- apoio econômico - grupos já existentes, tais como costureiras, fazendeiros, chefes da vila, empregadores locais, fundos rotativos da vila, departamento de assistência social da provincial parentes, escolas, projetos que forneçam assistência a crianças, ou apoio ocupacional (tais como bolsas ou fundos rotativos, orientação técnica ou apoio para comercialização).

Os grupos devem responder a três perguntas sobre cada recurso:

- Está sendo usado?
- Se não, o que está impedindo seu uso?
- Se está, como pode se tornar mais eficiente?

FAZENDO PLANOS

As discussões precisam de várias sessões para terminar, dependendo do interesse do grupo e do nível de detalhe que é discutido. Nas vilas onde existe um grupo organizado de pessoas com HIV, são realizadas discussões separadas com esse grupo.

Na última sessão, o grupo está mais consciente das necessidades das famílias afetadas e do papel potencial da comunidade para ajudar a suprir tais necessidades. As discussões levam a planos de ação para utilizar melhor os recursos.

Os resultados das discussões são incluídos no mapa ou listados no jornal informativo mantido na vila. Os mapas e listas são revistos de tempos em tempos para verificar se o uso dos recursos locais melhorou.

Depois do exercício de mapeamento, a conscientização da comunidade sobre as fontes de apoio e as maneiras pelas quais é possível ajudar as famílias afetadas aumentou consideravelmente, em particular entre famílias com membros soropositivos. A maior conscientização também trouxe atitudes positivas em relação às famílias afetadas pelo HIV.

**Promboon Panitchpakdi, CARE
International in Thailand, 185-187
Phaholyothin Soi II, Phaholyothin
Road, Bangkok 10- 100, Tailândia.**

SUPERANDO O PRECONCEITO

O projeto Arayê é um dos primeiros projetos de prevenção do HIV no Brasil a trabalhar especificamente com a comunidade afro-brasileira.

O Brasil tem uma elevada proporção de pessoas de descendência africana em sua população. Ao todo, são 66 milhões de afro-descendentes. O racismo existe, embora seja geralmente negado. A maioria dos afro-brasileiros vive em áreas desprovidas de serviços de saúde, saneamento básico, escolas e transportes. E na medida em que o HIV está relacionado à pobreza, a população negra é a mais afetada pelo vírus.

O projeto Arayê ("ser vivo" ou "corpo da terra") teve início em 1996, com a finalidade de enfrentar problemas de HIV relacionados raça/etnia, reconhecendo a valiosa contribuição dos afro-brasileiros na cultura do país e entendendo que muitas das vezes não se beneficiam dessa contribuição. Desenvolvido na ABIA, conta com o apoio da Fundação John D. and Catherine T MacArthur.

A equipe do projeto é formada por pessoas que possuem conhecimentos nas áreas de saúde e cultura afro-brasileira: um dentista, um percussionista do Grupo Cultural Afro Reggae, um especialista em trabalhos com jovens originários de favelas e um sacerdote, que também é um agente comunitário de saúde.

O desafio do projeto Arayê tem sido superar a negação do HIV e encorajar os afro-descendentes a reconhecer o quanto o HIV os afeta. As lideranças comunitárias recebem apoio para relacionar a saúde sexual com outros problemas de saúde que afetam os afro-brasileiros, como por exemplo a anemia falciforme, a diabete melitus e a hanseníase. Essas lideranças são compostas por religiosos, músicos de rap, artistas e pessoas respeitadas pelo seu grupo muitas vezes entre esses encontram-se pessoas que questionam o poder estabelecido ou possuem outra visão de mundo.

O Arayê tem como ponto de partida as tradições religiosas e culturais. Entre as suas atividades podemos destacar visitas a escolas de samba, terreiros de umbanda e candomblé, grupos de jovens da baixada e periferia, com o objetivo de levar informações sobre o HIV.

Um boletim informativo do projeto é distribuído à população afro-brasileira, além de materiais educativos sobre saúde que utilizam imagens positivas da comunidade negra, assim como encontros e seminários.

O projeto Arayê estabeleceu parcerias com vários grupos do movimento negro e atualmente lideranças religiosas estão buscando remédios fitoterápicos para tratar infecções relacionadas ao HIV, bem como alternativas para o uso de navalhas nos cortes realizados em rituais e exercício de solidariedade através do apoio espiritual.

José Marmo da Silva, Jacinto Corrêa, Veriano Terto Jr., ABIA, Rio de Janeiro, Brasil.

LIÇÃO DE SOLIDARIEDADE

Em um bairro pobre de San José, Costa Rica, rapazes rejeitados pela sociedade aprendem a ter esperança.

El Salon é um centro onde, toda noite, cerca de 20 a 40 rapazes se reúnem. São meninos de rua, rejeitados por suas famílias e amigos. Usam drogas e precisam roubar e prestar serviços de natureza sexual para pagar por elas.

Dentro de El Salon, os jovens estabelecem uma rotina de lavar sua roupa e tomar banhos de chuveiro. Jogos de tabuleiro, quebra-cabeças e outras distrações preenchem seu tempo, mas eles não se sentem à vontade uns com os outros. As brigas são freqüentes.

Após oito meses, entretanto, existe um sentimento crescente de familiaridade entre os freqüentadores mais assíduos. El Salon pode ser sentido desde o começo como um local que se importa com eles. O projeto pode agora voltar-se para a prevenção do HIV.

Um medo comum entre eles é de morrerem sozinhos, sem ninguém para cuidar deles. El Salon começou a introduzir a idéia de fazer amizade com um ou mais, para o caso de vir a precisar deles, se ficar doente. Para conseguir um amigo, é preciso tratá-lo como gostaria de ser tratado. Isso pode representar um sério problema para quem foi rejeitado.

El Salon não tem as soluções, mas pelo menos oferece oportunidades.

**Antonio Bustamante, El Salon, Apartado
102 42, San José - 1000, Costa Rica.**

EXPANDINDO O SUCESSO

Ação anti-AIDS examina como projetos pequenos podem crescer

A maioria dos grupos envolvidos em prevenção do HIV começa pequeno. Expandir pode ser difícil. Aqui vão algumas dicas práticas:

Trabalhar com as pessoas mais necessitadas sem estigmatizá-las

Os grupos que percebem com clareza o que torna as pessoas vulneráveis ao HIV, e quais são as pessoas mais vulneráveis, têm maiores probabilidades de ter sucesso.

Identificar claramente o problema

Muitos grupos acreditam que, se conseguirem mudar a forma das pessoas verem as coisas, irão mudar seu comportamento. Entretanto, o comportamento das pessoas depende de outros fatores também. Por exemplo, as pessoas podem se prostituir porque precisam do dinheiro, mesmo que saibam que estão se arriscando.

Usar metodologias participativas

É preciso descobrir as opiniões e necessidades das pessoas com quem você está trabalhando, e definir planos em conjunto. Uma organização não-governamental (ONG) em Bangladesh estabeleceu um centro de tratamento para usuários de drogas. Após algum tempo, membros da equipe perguntaram aos usuários se o centro supria suas necessidades. Perceberam que nenhuma mulher usava o centro, embora algumas fossem usuárias de drogas. Elas não queriam frequentar um centro para usuários de drogas. A ONG transformou-o, então, em centro de saúde para atender a toda a comunidade.

Conseguir o apoio da comunidade

As pessoas que acham que um projeto irá beneficiá-las estarão mais dispostas a apoiá-lo. Depois de algum tempo, o apoio da ONG para o centro de saúde tornou-se desnecessário. Agora, ele é financiado pela comunidade local através de atividades para angariar recursos, tais como eventos musicais e doações de jornais disponíveis no centro.

Desenvolver o que você faz melhor

Uma ONG de Bangladesh que realizou um projeto bem-sucedido para prevenção do HIV com motoristas de caminhão sentiu-se tentada a expandir o trabalho para uma área maior. Primeiro, o projeto foi revisto e vários pontos fracos identificados - não estava atingindo as mulheres, nem amigos, famílias e outros contatos dos motoristas de caminhão, como funcionários de hotel. A ONG está agora tentando envolver mais essas pessoas, em vez de se expandir para outras áreas.

Estabelecer legalmente seu grupo

Grupos legalmente estabelecidos estão em uma posição melhor para expandir-se. Tente registrar-se como instituição de caridade ou grupo reconhecido. Mantenha registros de encontros e atividades. Crie um sistema de controle financeiro, mesmo que seja simplesmente guardando o dinheiro em um cofre e anotando os recebimentos e pagamentos feitos.

Formar parcerias locais

Desenvolva parcerias com outras ONGs, órgãos locais de governo e grupos comunitários.

Uma organização nas Filipinas convidou um conjunto de grupos comunitários locais para sua reunião anual. Alguns grupos de prevenção do HIV não sabiam se deveriam comparecer. Entretanto, ao participar, estabeleceram parcerias úteis. Durante o Dia Mundial de Luta contra a AIDS, por exemplo, os Rotary Clubs participaram de atividades para prevenção do HIV que até então os grupos vinham realizando sozinhos.

**Agradecemos à Sra. Kabita Begum,
HASAB, Bangladesh, e a Arturo
Cristobal, PHANSUP, Filipinas.**

ATIVIDADES

Do que o projeto precisa?

Em um grupo, discuta os elementos que mantêm um projeto funcionando. Peça às pessoas para escrever três elementos em três pedaços de papel.

Esses elementos podem incluir:

- Participação da comunidade no planejamento do projeto;
- reconhecimento pela comunidade de que o projeto é necessário;
- conjunto de fontes de financiamento;
- equipe competente;
- orçamento que possa ser suprido pela comunidade;
- crescimento gradual do projeto;
- atividades bem planejadas com tempo suficiente para serem realizadas;
- colaboração com outros órgãos.

Junte todos os pedaços de papel. Peça ao grupo para dividi-los em três categorias:

- sustentabilidade do projeto;
- sustentabilidade financeira;
- sustentabilidade gerencial.

Divida o grupo em três grupos menores. Peça a cada um para analisar uma categoria. Peça-lhes para refletir durante meia hora sobre o que a organização precise fazer nessa categoria para permitir seu desenvolvimento.

ATIVIDADES

Com quem você deve trabalhar?

Refletir sobre quem é afetado pelo seu projeto pode levar ao estabelecimento de parcerias locais úteis.

Prenda uma folha grande de papel na parede. Escreva o nome de seu grupo no centro e faça um círculo em torno dele. Desenhe mais dois círculos em torno do primeiro, denominados "comunidade" e "público externo". Peça ao grupo para discutir com que grupos eles deveriam estar trabalhando (tais como mães, comerciantes, equipe do programa nacional de AIDS, doadores e organizações religiosas). Escreva os nomes nos círculos apropriados. Você também pode organizar esses possíveis parceiros pelo seu grau de importância.

ENCARTE BRASIL

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Recomendações para profilaxias primárias e secundárias, e suas principais indicações.

A incidência do aparecimento de infecções oportunistas diminuiu muito após o advento da era da terapia anti-retroviral altamente potente. Isso se deve à eficácia dos medicamentos e à possibilidade de recuperação do sistema imune. Apesar disso, as indicações de profilaxias primárias e secundárias das doenças oportunistas persistem, com as seguintes recomendações:

PROFILAXIAS PRIMÁRIAS

Recomendadas para evitar o surgimento de doenças oportunistas, diante de CD4 baixo. As principais indicações são:

- Pneumocystis carinii: pacientes que tenham AIDS ou CD4<200, candidíase oral ou febre de origem desconhecida por mais de 2 semanas.
- Toxoplasma gondii: CD4<100 /IgG antitoxoplasma positivo
- Mycobacterium tuberculosis: PPD>5mm ou positivo anteriormente ou contato com caso de tuberculose.

Estas profilaxias devem ser indicadas para todos os pacientes que apresentem as condições citadas acima, devendo constituir rotina. Em pacientes com imunodeficiência mais grave, algumas outras profilaxias podem ser consideradas, não sendo, porém, obrigatórias (CD4<50: Candida spp, Criptococcus neoformans e citomegalovirus).

PROFILAXIAS SECUNDÁRIAS

Indicadas, como rotina, quando o paciente já apresentou a doença previamente. São recomendadas para aqueles que já apresentaram:

- Neurotoxoplasmose, pneumocistose, micobacteriose atípica, citomegalovirose, meningite criptocócica, histoplasmose e salmonelose.

Há algum tempo, essas profilaxias deviam ser mantidas por tempo indeterminado, quase sempre para o resto da vida.

Atualmente, porém, já podem ser suspensas, quando ocorre aumento mantido do CD4, em geral, acima de 200, estando o paciente assintomático e com a carga viral preferencialmente abaixo dos limites de detecção, por período variável, porém não inferior a seis meses. A decisão de retirar as profilaxias deve ser tomada pelo médico que assiste o paciente, de acordo com os exames laboratoriais e físico. Não pode ser uma escolha exclusiva do paciente; sendo que o médico deve seguir a orientação dos resultados de estudos, baseados em dados recentes.

Outras prevenções, além de medicamentos, devem ser feitas, tais como vacinações. A vacina anti-pneumocócica deve ser indicada para todos os pacientes, assim como hepatite B, para aqueles que têm anti-Hbs Ag< 150. As vacinas de vírus vivos, como a de febre amarela, não devem ser indicadas aos pacientes portadores do HIV. Medidas gerais devem ser sempre consideradas e orientadas, como nutrição adequada, exercícios físicos e uso moderado de bebidas alcoólicas. Esse conjunto de atitudes e recomendações, além do próprio tratamento anti-retroviral, farão com que os pacientes portadores do HIV tenham uma boa qualidade de vida.

Dra. Loreta Buriamaquí

Coordenadora da área de Assistência de DST/AIDS - SES/RJ e diretora médica da Sociedade Vivo Cazuzza

QUIMIOPROFILAXIA

PREVENÇÃO DO HIV APÓS PRÁTICAS SEXUAIS DE RISCO

A quimioprofilaxia é o método de prevenção de doenças ou de infecções através do uso de medicamentos. No caso do HIV, ela se dá quando medicamentos anti-retrovirais são ministrados após uma situação de exposição do vírus, no intuito de bloquear sua multiplicação dentro do organismo e impedir, assim, a infecção. Embora seja amplamente usada para a prevenção da infecção pelo HIV em profissionais de saúde, não existem dados sobre a potencial eficácia da quimioprofilaxia pós-exposição na prevenção da transmissão sexual do vírus. Hoje existem vários estudos sendo realizados nos EUA e na Europa para avaliar a eficácia dessa intervenção. No Brasil, o projeto Praça Onze, sediado no Hospital Escola São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro, e coordenado pelos professores Mauro Schechter, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e Lee Harrison, da Universidade de Pittsburg (Estados Unidos), difere dos que estão em andamento no resto do mundo por buscar também a avaliação dos efeitos deste tipo de intervenção no comportamento e a aceitação pela população acompanhada pelo projeto.

O projeto Praça Onze consiste em um estudo epidemiológico que faz parte da Rede de Estudos de Prevenção da infecção pelo HIV (HIVNET), financiada pelo National Institutes of Health (NIH-EUA). Em sua primeira fase, realizada nos anos de 95 a 98, o projeto teve como objetivo avaliar a incidência de infecções pelo HIV e investigar fatores biológicos e comportamentais associados à aquisição da infecção. Para tal, foram recrutados aproximadamente 800 voluntários do sexo masculino, com idade entre 18 e 50 anos, soronegativos para o HIV e que relataram fazer ou já terem feito sexo com homens. A segunda fase do projeto, que teve início em dezembro de 1998, inclui a pesquisa "Quimioprofilaxia para a prevenção da infecção pelo HIV, após exposições sexuais de alto risco: um estudo piloto". Inspirados na sigla em inglês, este estudo tem sido chamado de PEP (*post-exposure prophylaxis*). O PEP tem duração prevista de 18 meses e conta com a participação de 200 voluntários entre 18 e 30 anos, soronegativos para o HIV, selecionados dentre os participantes do Praça Onze. Os participantes que relatem comportamento sexual de alto risco são orientados a fazer uso de AZT e 3TC durante quatro semanas (28 dias), de acordo com diretrizes do Ministério da Saúde para quimioprofilaxia após acidentes ocupacionais.

O trabalho desenvolvido pelo projeto leva em conta os seguintes pontos:

- 1 - O avanço da epidemia de AIDS aponta para a necessidade da avaliação de diversos métodos de prevenção ao HIV que possam agir como coadjuvantes ao uso do preservativo.
- 2 - Não existem dados que validem a eficácia da profilaxia pós-exposição.
- 3 - Existem grandes diferenças entre a exposição ocupacional (os profissionais de saúde normalmente apresentam uma única exposição ao risco) e a exposição sexual ao HIV.
- 4 - O uso da quimioprofilaxia após exposições sexuais pode ocasionar mudanças de comportamento, estimulando práticas de risco, ou seja, o acesso a medicamentos pode predispor os participantes a negligenciar o uso de preservativos. Esse comportamento poderia reverter o possível efeito protetor dos medicamentos.

Como pesquisa comportamental cujo objetivo final não é avaliar a eficácia da quimioprofilaxia

para a transmissão sexual do HIV, e sim, identificar mudanças de comportamento derivadas do acesso a este recurso preventivo, o PEP avalia o impacto dessa intervenção na percepção do risco de adquirir o HIV. O projeto visa também observar a adesão ao esquema profilático prescrito, levando em conta as barreiras percebidas ou experimentadas ao uso da intervenção após relações de alto risco. Outra meta do PEP é avaliar a aceitabilidade, tolerabilidade e tolerância da combinação AZT e 3TC para a quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV.

Procedimentos da pesquisa

Em suas visitas regulares, a cada seis meses, os 200 voluntários respondem questionários sobre comportamento e recebem aconselhamento pré-sorologia para o HIV. Também realizam exame físico e coleta de sangue, para a realização de exames laboratoriais (incluindo sorologia para o HIV). Além disso, os participantes são aconselhados a não incorrer em práticas de risco, especialmente devido à falta de dados relativos à eficácia da intervenção. Os voluntários recebem, então, um suprimento de oito comprimidos de Combivir (combinação AZT/3TC), suficientes para os quatro dias do esquema de profilaxia.

Os voluntários são instruídos a iniciar o uso das drogas do estudo imediatamente depois de uma situação de risco (sexo oral com ejaculação, sexo vaginal e/ou anal receptivo e insertivo com ou sem ejaculação). O participante deve, então, comparecer ao projeto antes que os medicamentos terminem, para junto ao aconselhador, avaliar a situação. Caso, de fato, tenha havido uma exposição considerada de risco para aquisição do HIV, o voluntário recebe o restante dos medicamentos para completar 28 dias de tratamento. Ao final dessas quatro semanas, os voluntários devem retornar ao projeto para relatar possíveis sintomas compatíveis à toxicidade e realizar novos exames de sangue.

RESULTADOS

Até o mês de julho de 1999, 26 voluntários compareceram à sede do projeto relatando práticas sexuais de risco. Destes, 23 foram considerados pelos aconselhadores sob o risco de contrair o HIV e receberam o regime de 28 dias para a quimioprofilaxia. Dois voluntários interromperam o uso de medicamentos antes do final dos 28 dias, alegando dificuldade de seguir os horários e náusea. Os outros voluntários não relataram efeitos colaterais importantes e completaram o regime a contento. Nenhum dos voluntários que iniciou o PEP soroconverteu - o que é verificado através de exames realizados ao longo dos 18 meses de duração do projeto. Dados referentes a um grupo de 45 voluntários que retornaram para a segunda visita ao projeto (seis meses após o seu início), mostram que três haviam soroconvertido. Nenhum destes fez uso de medicamentos profiláticos, após terem tido práticas de risco.

Mônica Barbosa

Supervisora de campo do PEP (post-exposure prophylaxis)/Projeto Praça Onze (RJ)

SAÚDE E CIDADANIA

As estratégias do Estado de São Paulo para prevenção da AIDS entre profissionais do sexo.

Contribuir para a prevenção das CDST/AIDS entre as mulheres profissionais do sexo, garantir sua saúde integral e promover seus direitos de cidadania são os objetivos básicos do Projeto de Prevenção em DST/HIV/AIDS junto às mulheres profissionais do sexo do Município de São Paulo. Desenvolvido desde 1990 pela área de Prevenção do Programa Estadual DST/AIDS-SP, tem a proposta de realizar um trabalho de caráter educativo e preventivo em DST/HIV/AIDS junto a essa população. A idéia do projeto surgiu há dez anos, após o "II Encontro Nacional de Trabalhadoras", ocorrido no Rio de Janeiro. Na capital paulista, o trabalho é realizado na região da Luz, um dos pontos mais antigos de prostituição feminina, popularmente conhecida como "boca do lixo". Essa experiência tem sido utilizada para a implantação de atividades semelhantes em todo o Estado.

A implantação do projeto contou com a participação de dois profissionais do sexo para nuclear e organizar reuniões semanais de três horas de duração. Através de metodologia participativa, identificaram-se os temas emergentes ligados ao dia-a-dia e à vivência pessoal dessa população (baixa auto-estima, violência policial, desconhecimento dos direitos sociais e o cuidado com o próprio corpo), que contribuem para a sua vulnerabilidade. Durante essa etapa foi fornecido às mulheres, material educativo, preservativos e lanches. Além disso, elas foram encaminhadas a serviços sociais de saúde. Posteriormente, foi firmada uma parceria com o Centro de Saúde Escola Barra Funda para garantir assistência médica às profissionais do sexo.

COMPORTEAMENTO

Para adequar as intervenções educativas e preventivas sobre DST/AIDS com as profissionais do sexo desta região, foi realizado um estudo sócio-comportamental, composto de um questionário fechado e anônimo, aplicado pela equipe em 125 profissionais do sexo da região. Os aspectos levantados foram: variáveis sócio-demográficas, freqüência de programas e preço, práticas sexuais, freqüência do sexo protegido e dificuldades de negociação, acesso aos serviços de saúde para tratamento e prevenção de doenças, uso de drogas, sintomas de DST e teste anti-HIV.

Observaram-se os seguintes resultados: 69% da população pesquisada têm entre 20 e 39 anos de idade, 63,2% são naturais de outros estados, só 32% cursaram até a 8ª série, 79% têm filhos e 66% residem em morada de aluguel, hotel ou pensão, sendo que 7,2% moram nas ruas da cidade de São Paulo. Em média, as mulheres pesquisadas fazem 50 programas por mês e cobram R\$18,00 cada um. Diante dos dados, podemos supor que a possibilidade de infecção pelo HIV, para muitas mulheres em situação de pobreza, é um problema secundário frente às questões básicas de sobrevivência (moradia, alimentação, saúde).

Quanto ao comportamento sexual em função do uso do preservativo com os parceiros fixos ou antigos, 59,2% preferem não usar o preservativo nas relações orais e vaginais, sendo que somente 26,4% não fazem uso nas relações anais. O motivo alegado para o não uso do preservativo é a confiança nos parceiros. Com relação ao uso de drogas, somente 39,4% não fazem uso de nenhum

tipo, sendo que 38% fazem uso sistemático de álcool, 8,5% de maconha, 7,7% de crack e 3,4% de droga injetável. Ainda dessa amostra, 70,4% preferem procurar pelo menos uma vez por ano os serviços públicos de saúde para prevenção de doença. Quanto ao teste anti-HIV, 49,6% já fizeram o exame e 4,8% são soropositivas, porém atualmente nenhuma faz acompanhamento.

A partir do contexto apresentado, percebeu-se a necessidade de realizar um trabalho face a face de prevenção e educação junto a essa população, inclusive com a participação de seus clientes já que estes fazem parte da vida e do cotidiano das profissionais do sexo, sendo também responsáveis pela prevenção das DST/HIV/AIDS.

O resultado deste trabalho tem sido animador, em média, 300 clientes do sexo masculino recorrem, mensalmente, aos profissionais do Programa Estadual DST/AIDS que realizam atividades preventivas (de campo) na região da Luz em busca de material educativo, preservativos e encaminhamento a serviços de saúde. Com isso, constatamos que um trabalho de prevenção efetivo só é possível a partir de intervenções que levem em consideração a auto-estima, a valorização da vida, o resgate dos direitos e da cidadania das profissionais do sexo, muitas vezes perdida diante da violência policial, exclusão social e do estigma que envolve a própria profissão.

Nina Laurinda Silva

Sociólogo do Programa Estadual DST/AIDS (SP) e Coordenadora do Projeto de Intervenção Educativa em DSTIHIV/AIDS, junto às mulheres profissionais do sexo

DIARRÉIA RELACIONADA AO HIV

A diarreia é um problema comum em pessoas com HIV. Ação anti-AIDS mostra as maneiras de preveni-la e tratá-la.

A diarreia consiste em evacuações pastosas três ou mais vezes por dia. A diarreia persistente (com mais de duas semanas de duração) é mais comum em pessoas com doença relacionada ao HIV em estado avançado do que em outras pessoas. Para muitas, representa um problema sério. Os principais perigos da diarreia são a desidratação e a desnutrição. As pessoas com diarreia relacionada ao HIV podem ficar desnutridas e perder peso rapidamente, principalmente por não se alimentarem bem devido à falta de apetite. Além disso, como a perda de peso está associada ao HIV, pode-se supor que uma pessoa com diarreia é soropositiva e estigmatizá-la.

EVITANDO A DIARRÉIA

Uma boa higiene e alimentação adequada são as melhores maneiras de evitar a diarreia. É recomendável beber água fervida, mas isso nem sempre é possível. Lavar as mãos freqüentemente com sabão é mais prático. Outras estratégias são: guardar a comida sempre coberta; lavar utensílios de cozinha e mesa; lavar frutas e verduras cruas; dispor do lixo de forma adequada; manter qualquer coisa suja, como roupa de cama usada, longe do alcance de crianças.

Para evitar e tratar a diarreia, as pessoas com HIV precisam de alimentos nutritivos e de fácil digestão (ver box: "Alimentando-se bem").

TRATANDO A DIARRÉIA

Causas comuns da diarreia persistente em países em desenvolvimento estão relacionadas com protozoários (organismos microscópicos) como criptosporídia, isospora e microsporídia. Outras causas podem ser bactérias, como shigella, e vírus. O HIV pode causar diarreia, embora não haja provas conclusivas.

A causa da diarreia relacionada ao HIV varia de uma área para outra, e freqüentemente é bastante localizada. É importante identificar as causas comuns em uma área e definir normas de tratamento. O ideal seria cobrir as causas principais, de modo que as pessoas não precisassem ser investigadas

- Os adultos com diarreia deveriam:
- Beber mais líquidos do que de costume.
- Continuar se alimentando.
- Tomar suplementos vitamínicos como ácido fólico e comprimidos de vitaminas C e A, se disponíveis.
- Tratar a desidratação com sais para reidratação oral.
- Aliviar os sintomas com fosfato de codeína, loperamida ou difenoxilato. Esses medicamentos aliviam a dor, o volume e a freqüência da diarreia, embora alguns dos efeitos colaterais possíveis sejam boca seca, sonolência, perda da coordenação, vista embaçada e abdômen distendido.

Tratar a causa da diarreia com medicamentos como TMP/SMX (isospora); metronidazol (giardia); albendazol (microsporídia, criptosporídia). Contudo, pode ocorrer o desenvolvimento de resistência. Por exemplo, salmonela e praticamente todos os tipos de shigella em Zâmbia são resistentes a esses medicamentos, de modo que as pessoas soropositivas, naquele país, quando apresentam diarreia acompanhada de sangue deveriam usar ácido nalidíxico e metronidazol. E também considerar a tuberculose como a causa. Alguns remédios fitoterápicos tradicionais controlam a diarreia.

As pessoas que não respondem a esses tipos de tratamento estão seriamente enfermas. O objetivo principal deve ser aliviar seu mal-estar, usando fosfato de codeína ou loperamida, e oferecer líquidos - reidratação oral ou intravenosa em hospital. Para aqueles que apresentam febre, tentar antibióticos sistêmicos, como cefalosporinas pelas vias intravenosa ou intramuscular.

É importante manter limpa a área em torno da pessoa com diarreia, para evitar que outras pessoas sejam infectadas.

**Dr. Paul Kelly, Research Fellow,
Digestive Diseases Research Centre,
St. Bartholomew's and Royal London
School of Medicine and Dentistry, Turner**

ALIMENTANDO-SE BEM

As pessoas com diarreia precisam ingerir grande quantidade de líquidos, além de alimentos de fácil digestão, que aumentem de volume no estômago e contenham bastante nutrientes e calorias. Para tornar os alimentos mais fáceis de digerir, é preciso cozinhá-los bem ou amassá-los.

Deve-se encorajar as pessoas com falta de apetite a ingerir pequenas quantidades com frequência.

OFERECER BASTANTE:

- Água, sopas e sucos diluídos;
- cereais (como arroz) com feijão, carne ou peixe; pode-se acrescentar óleo para aumentar o valor energético;
- iogurte, ovos, bananas;
- outros alimentos que façam volume ou contenham líquido, como batatas, melancia, cevada, Água de arroz e frutas cozidas no vapor.

EVITAR:

- alimentos com alto conteúdo de fibras, como cereais integrais, cascas de frutas ou legumes;
- comidas ou bebidas açucaradas, como refrigerantes, que podem piorar a diarreia (e provocar aftas);
- alimentos crus, frios, frutas ácidas como laranja;
- alimentos que causam irritação, como pimenta.

Fontes: AIDS home care handbook, Global Programme on AIDS, WHO, Geneva, 1993; Food for those with HIV/AIDS. L Epstein, Cape Town, Hope Productions, 1995.

Crianças

Não dar remédios contra diarreia a crianças com menos de cinco anos de idade.

Dar às crianças alimentos e bebidas em quantidade (ver "Alimentando-se bem"), mais vitaminas e sais minerais, se possível. As crianças continuam precisando de uma alimentação mais reforçada depois de curada a diarreia, para permitir que reponham o peso perdido.

CARTAS

Fonte de consulta e informação

Desde a fundação de nosso grupo, recebemos o boletim Ação *Anti-AIDS*. A publicação praticamente acompanhou a nossa caminhada e, em muitos momentos, serviu de subsídios para nossas reuniões, em especial nos dias de discussão sobre saúde. Em outros momentos, serviu de consulta e informação para tantos soropositivos para o HIV que passaram e ainda passam pelo Grupo de Resistência Asa Branca (GPAB), como também para voluntários desejosos de mais conhecimentos. Atualmente, o boletim ainda cumpre seu papel na informação coletiva e individual, como informativo de boa qualidade. Esperamos que esse trabalho continue com muito êxito, auxiliando a todos que buscam lutar contra a AIDS, nos âmbitos da prevenção, educação, política e assistência.

Orlaneuco Lima, presidente do Grupo de Resistência Asa Branca, Fortaleza, Ceará, e-mail. grab@brhs.com.br.

PUBLICAÇÕES

Homens que fazem sexo com mulheres: prevenindo a transmissão sexual do HIV destaca estratégias que facilitem a prevenção da transmissão sexual do HIV entre a população masculina heterossexual e **Prevenção às DST/AIDS em ações de saúde e educação**, que reúne perspectivas sobre estratégias de redução dos riscos de infecção por HIV em relações sexuais.

Núcleo de Estudos e Prevenção do AIDS (Nepaids), tel.:(0-XX- 11) 818-436 1, e-mail: nepaids@org.usp.br.

Toques: prevenção de DST/AIDS para adolescentes é uma cartilha voltada para prevenção de DSTs entre jovens. *Grupo Criola, tel: (0-XX-21) 220-9819, e-mail. criola@ax.ibase.org.br.*

Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de Programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho tem como objetivo assessorar profissionais na elaboração de implantação de políticas internas e de programas de prevenção e assistência às DST/AIDS nos locais de trabalho. *Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Esplanada dos Ministérios, bloco G, sobreloja, 70058-900, Brasília, DF.*

Surdo sabe o que é AIDS? é um manual que pretende atender à carência de materiais didáticos sobre prevenção de HIV/AIDS dirigido aos deficientes auditivos. Projeto *Sinais de Vida*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), telefax: (0-XX-21) 587-7366.

AIDS e educação: um convite à prevenção compõe-se de textos que abordam ações educativas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *Informações :ABIA.*

Publicações da UNAIDS

A UNAIDS edita a série "Best practice collection", que inclui atualizações técnicas sobre as dimensões da epidemia HIV/AIDS. Pedidos para UNAIDS Information Centre, CH-1211 Geneva 27, Suíça. E-mail: unaid@unaid.org



** Esta edição foi financiada pela Coordenação Nacional de DST e Aids – SPS/Ministério da Saúde e UNESCO.*

Ação Anti-AIDS é um veículo para a troca de informações a respeito de assistência e prevenção da AIDS, HIV e doenças sexualmente transmissíveis.

Uma edição eletrônica esta disponível em alguns países em desenvolvimento através da rede de computadores da SatelLife, HealthNet. Para contatos: hnet@usa.healthnet.org

Editores associados

Inglês, Ásia e Pacífico: HAIN, Filipinas

Inglês, África Ocidental: Kanko, Quênia

Inglês, sul da África: SANASO, Zimbábue

Francês: ENDA, Senegal

Português, Brasil: ABIA, Brasil

Português África: Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

Espanhol: Calandria, Peru

Editor-chefe Siân Long

Editor-executivo Célia Till

Programa visual e produção Ingrid Emsden

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA – Av. Rio Branco, 43/22º andar – Centro – 20090-003 – Rio de Janeiro – RJ – Telefone: (21) 224-1654 – Fax: (21) 253-8495 – E-mail: abia@ax.apc.org - Internet: <http://www.alternex.com.br/~abia>

Editores Responsáveis: Bia Salgueiro, Fernando Sá, Jane Galvão, Richard Parker e Veriano Terto Jr.

Conselho Editorial: Artur Kalichman (Prog.Est.DST-AIDS/SP), Áurea Celeste Abbade (GAPA/SP), Celso Ferreira Ramos Filho (HUCFF/UFRJ), Dirce Bonfim de Lima (HUPE/UERJ), Fernando Seffner (GAPA/RS), José Araújo Lima Filho (GIV/SP), Mario Scheffer (Grupo Pela VIDDA/SP) e Rogério Costa Gondim (GAPA/CE).

Jornalista Responsável: Jacinto Corrêa – MT 19273

Coordenação Editorial: Marta Torres

Tradução: Anamaria Monteiro

Adaptação gráfica, fotolitos e produção: A 4 Mãos Ltda

Impressão: Gráfica Lidador

Tiragem: 20.000 exemplares