



BOLETIM SOBRE VACINAS CONTRA A AIDS • WWW.IAVIREPORT.ORG

Em Foco

Depois do maremoto: prevenção contra o HIV e auxílio em situação de desastre

Nas semanas que se seguiram ao desastre do maremoto em Dezembro do ano passado, as clínicas médicas em Aceh, Indonésia, começaram a receber crianças com febre e cobertas com as erupções avermelhadas características do sarampo. Os acampamentos de barracas abarrotadas onde as crianças estavam vivendo ajudaram a espalhar a doença, que deixa um saldo surpreendentemente fatal em populações desalojadas de suas casas. Nossa equipe de profissionais da área de saúde saía diariamente com as autoridades nacionais de saúde para furar braços com agulhas de vacinação e colocar cápsulas de vitamina A, que pode atenuar as complicações do sarampo, nas boquinhinhas das crianças.

À medida que viajavamos de acampamento para acampamento, a enfermeira de saúde reprodutiva da nossa equipe encontrava tempo, mesmo em meio ao surto, para identificar as parceiras, saber mais a respeito da situação das mulheres e distribuir kits cheios de materiais limpos para que fizessem os partos.

Esse é o trabalho para o qual ela fora contratada. Foi-se a época em que a assistência emergencial significava o fornecimento de alimento, alojamento, água limpa e serviços médicos básicos. Agora, o apoio à boa saúde reprodutiva tem lugar inquestionável entre as principais prioridades, parcialmente devido ao HIV/AIDS. Peritos em assistência agora reconhecem que a devastação, como a que foi causada pelo maremoto, pode aumentar os fatores de risco da AIDS, fazendo com que os esforços de prevenção contra o HIV sejam parte importante de uma reação emergencial.

“Muitas das condições que facilitam a disseminação do HIV são exacerbadas em um contexto pós-desastre”,

diz Yannick Guegan, que trabalha com o departamento de questões humanitárias da UNAIDS, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

Guegan relaciona os desalojamentos em massa de pessoas de suas casas e comunidades, a instabilidade social, a intensificação da pobreza devido à perda de rendimentos e o influxo de novas populações (incluindo trabalhadores envolvidos com reconstrução e assistência, soldados e transportadores) como fatores associados no passado à transmissão do HIV/AIDS. “A experiência de outras situações emergenciais, como ocorreu na África do Sul alguns anos atrás, ou no Timor Leste, demonstrou uma maior vulnerabilidade nessas situações, e isto pode mudar a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS.”

Os sobreviventes têm muitas necessidades conflitantes em uma situação pós-desastre, de forma que apenas métodos simples de promoção da prevenção contra o HIV são executáveis. Em meados dos anos de 1990, agências de assistência elaboraram o Pacote de Atendimento Inicial Mínimo (MISP, ou *Minimum Initial Service Package*), um conjunto de medidas para contra-atacar o HIV e a violência sexual e tratar de outras necessidades de saúde reprodutiva em meio a emergências imediatas. No decorrer dos últimos anos, o MISP recebeu o selo de aprovação de diversas das principais agências na área de reação emergencial e a desastres; do ACNUR, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, à organização de padrões para desastres SPHERE. Estas entidades de suporte de alto escalão estão pedindo aos trabalhadores de assistência que incorporem abordagens simples de prevenção contra o HIV/AIDS nas atividades de auxílio emergencial em desastres.

O MISP lida com a prevenção contra o HIV de duas maneiras-chave: disponibilizando preservativos gratuitamente e assegurando que os equipamentos médicos e o sangue para transfusões estejam livres de agentes infecciosos.

“Qualquer coisa mais abrangente que isto não seria realmente apropriado nas primeiras semanas”, diz Sandy Krause, diretora do projeto de saúde reprodutiva da Comissão de Mulheres para Mulheres e Crianças Refugiadas. Krause e um colega foram para a Ásia assim que o maremoto atingiu a costa, visitando os indivíduos que levavam adiante as atividades de reação em Aceh para falar sobre o MISP e avaliar sua implementação.

A resposta ao maremoto proporciona às comunidades também a oportunidade de desenvolverem atividades mais abrangentes de educação e prevenção contra o HIV/AIDS, como parte da reação pós-emergencial, que serão sustentáveis no longo prazo. “A abordagem da ONU no período pós-maremoto consiste em tentar elaborar um plano de ‘recuperação plus’, o que significa fazer com que as coisas fiquem melhores do que eram antes”, diz Guegan. “Vemos isto como uma oportunidade para acelerar a reação ao HIV.”

Entendendo o risco após o maremoto

O maremoto atingiu países de baixa prevalência do HIV, como o Sri Lanka e a Indonésia, onde a UNAIDS estima que menos de um em cada mil adultos com idades entre 15 e 49 anos esteja infectado pelo HIV. O desastre atingiu também países como a Índia e a Tailândia, onde a prevalência em adultos é mais alta (0,4 a 1,3% na Índia e cerca de 1,8% no caso da Tailândia), e a Somália, onde a prevalência do HIV é desconhecida. O estado atingido pelo maremoto na Índia, Tamil Nadu, tem as mais altas taxas de HIV/AIDS

Neste número

Em Foco

- Depois do maremoto: prevenção contra o HIV e auxílio em situação de desastre

Notícias Mundiais

- Abordagem de “Peace Corps” proposta por médicos americanos
- Índia nega ter o mais alto número de infecções pelo HIV
- Brasil recusa dinheiro dos EUA para programa de combate

Básicas

- Entendendo a pesquisa sobre testagem e aconselhamento voluntário

em todo o país; dados de 2003 mostram que 83,8% dos usuários de drogas injetáveis e 8,8% das trabalhadoras do sexo comercial nesse estado estão infectados pelo HIV.

O temor é que tais taxas possam aumentar se os estresses e dificuldades pós-maremoto levarem os sobreviventes à utilização de drogas ou a outras atividades de alto risco, como o trabalho no sexo comercial. Inúmeras famílias perderam barcos, negócios e outras fontes de renda, e Guegan teme que a pobreza resultante possa pressionar as mulheres a adentrarem o trabalho sexual.

O que não falta para as trabalhadoras do sexo são potenciais clientes. Milhares de forasteiros “invadiram” as áreas devastadas pelo maremoto para ajudar nos esforços de reconstrução, entre eles soldados de todo o mundo. Em alguns países, as taxas de HIV entre os militares é de 2 a 5 vezes mais alta que nas respectivas populações civis. A presença de soldados pode contribuir para a disseminação do HIV/AIDS e a história indica tal risco. Durante os seis anos da Guerra Civil de Uganda, pesquisadores descobriram uma ligação entre o padrão geográfico da AIDS e a posição do Exército de Libertação Nacional de Uganda.

Riscos de HIV relacionados ao maremoto vão além do uso de drogas e do trabalho sexual. Acampamentos e barracas para pessoas desabrigadas, que abrigam centenas de milhares de sobreviventes, têm seus próprios riscos. Em Fevereiro e no início de Março de 2005, Krause e sua equipe da Comissão de Mulheres conduziram entrevistas e grupos de enfoque na província indonésia de Aceh, a mais atingida. As mulheres locais informaram se sentir pouco à vontade vivendo em acampamentos com estranhos. A equipe de Krause ouviu boatos de estupros. Quando os colegas de Krause procuraram uma das vítimas de estupro, ficaram sabendo que sua família havia deixado a área. “A comunidade estava dizendo que ela queria aquilo, queria o sexo”, diz Krause. “Ela estava isolada socialmente e então a família se mudou.”

Krause descobriu que um estigma similar também ocorria no caso do HIV/AIDS. “Acho que nunca estive em um lugar onde as pessoas soubessem menos sobre o HIV. E o estigma era tão intenso que mesmo as pessoas que sabiam [sobre o HIV] não queriam ser vistas como gente que sabia.”

Krause acha que a falta de conscientização dos sobreviventes do maremoto quanto ao HIV/AIDS e a sua falta de disposição a até mesmo falar sobre o HIV sublinham uma necessidade urgente por atividades de

prevenção contra a AIDS. Sua equipe descobriu que dois meses após o maremoto, não havia disponibilidade de preservativos. Os garotos diziam que tinham que fingir serem casados a fim de obterem preservativos. “É uma falta de ética não disponibilizar preservativos”, diz Krause.

Porém, ela teve dificuldade em convencer os trabalhadores assistenciais a tomarem passos simples como disponibilizar preservativos, sem estabelecer um programa abrangente de saúde reprodutiva. “É isso que não conseguimos fazer com que as pessoas entendam. Tentam montar serviços mais abrangentes”, diz. “As pessoas não acham que podem fazer algo sem fazer uma coisa grandiosa.”

Idéias em realidade

Como parte de um grande apelo das Nações Unidas por fundos para assistência às vítimas do maremoto, o UNFPA (Fundo das Nações Unidas para População) solicitou, em Janeiro

“Eles estavam achando que temos trauma, temos emergência, então vamos trazer as coisas de emergência que eram necessárias. Aí quando se tratava de coisas básicas, como preservativos, eles não estavam disponíveis.”

Henia Dakkak

de 2005, US\$6 milhões para reduzir a transmissão do HIV, implementar o MISP e evitar a violência sexual. Esse valor era uma pequena parcela da assistência disponível, apenas 0,6% do quase US\$1 bilhão solicitado.

Henia Dakkak tem trabalhado para o UNFPA em Aceh. Ela diz que seu grupo trouxe abundantes estoques de preservativos masculinos e femininos, equipamentos para o nascimento seguro de bebês, além de outros materiais de saúde reprodutiva para os países afetados pelo maremoto. O UNFPA fornece tais materiais na forma de kits pré-embalados criados especificamente para pequenas clínicas e hospitais maiores.

Dakkak diz que cidades como Banda Aceh têm uma especial necessidade desses materiais porque o maremoto devastou a rede de planejamento familiar preexistente na área. “Eles perderam seus escritórios, perderam seus armazéns, perderam todos os seus materiais”, diz Dakkak.

O UNFPA até mesmo distribuiu preservativos para os militares, incluindo

aqueles que vieram prestar assistência médica. “Eles estavam achando que temos trauma, temos emergência, então vamos trazer as coisas de emergência que eram necessárias”, diz Dakkak. “Aí quando se tratava de coisas básicas, como preservativos, eles não estavam disponíveis.”

Adotando uma visão de longo prazo

A assistência aos sobreviventes do maremoto ainda vai ser necessária durante muitos anos no futuro e Guegan acha que a prevenção contra o HIV e os programas de controle vão se tornar ainda mais importantes com o decorrer do tempo. “Há mais riscos no período [de longo prazo] pós-maremoto que na crise [imediat] em si”, diz ele, referindo-se à violência e ao tráfico sexuais nos acampamentos e à presença no longo prazo de transportadores e trabalhadores nas áreas afetadas pelo desastre.

Com o final da fase de emergência do desastre do maremoto, o UNFPA está agora usando todas as formas de mídia para divulgar informações sobre a prevenção contra a infecção pelo HIV. “As pessoas precisam se proteger, precisam entender os riscos”, diz Dakkak. O UNFPA até se voltou para líderes religiosos em Aceh para informar a população sobre métodos de prevenção, que variam da abstinência aos preservativos, observando que o uso de preservativos não contradiz o Islã. “Estamos usando as mesquitas e os imãs para falar sobre isto”, diz ela. “Eles estão abertos a garantirem que a comunidade esteja protegida.”

O influxo de fundos e de trabalhadores assistenciais proporciona também uma chance de contra-atacar o risco com o fortalecimento de programas nacionais contra a AIDS nas áreas afetadas pelo maremoto. A UNAIDS já conclamou o governo da Índia a ampliar seu programa de tratamento antiretroviral para distritos na zona do maremoto que não eram cobertos anteriormente. Executivos da UNAIDS têm também visitado doadores e agências de assistência a fim de promover a idéia de que os programas de HIV/AIDS devem ser incluídos nas atividades regulares de assistência. Isto ajudará a evitar que aqueles que acessarem os serviços sejam estigmatizados. Os trabalhadores de assistência estão também tentando aprimorar a reação assistencial ao levarem em consideração a segurança das mulheres quando projetam os acampamentos, além de considerarem as necessidades especiais das pessoas que vivem com o HIV/AIDS ao elaborarem programas de distribuição de alimentos.

Se os esforços forem bem-sucedidos, a reação ao maremoto pode melhorar os programas de HIV/AIDS em futuros desastres, conflitos e outras emergências. A pesquisa sobre a prevenção contra o HIV já demonstrou que embora desastres como o maremoto possam ter aumentado os fatores de risco do HIV, eles não têm que aumentar a transmissão do HIV.

Ao deixar Aceh dois meses depois do maremoto, depois de uma tremenda demonstração de generosidade por doadores de todo o mundo, foi decepcionante ver famílias ainda vivendo em acampamentos, com poucas fontes de água potável limpa. Alguns residentes foram forçados, contra sua vontade, a habitar casernas de madeira lotadas. Obviamente, o trabalho de reconstrução de casas de verdade e da restauração dos meios de vida continuam sendo urgentes, mas os governos nacionais e as agências de assistência têm os recursos para fazer isso, e muito mais.

Notícias Mundiais

Abordagem de "Peace Corps" proposta por médicos americanos

Um programa para mandar médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde dos EUA para os países mais afetados pela pandemia do HIV/AIDS foi proposto recentemente em um relatório do Instituto de Medicina, com base nos EUA. A proposta recomenda que um grupo de 150 profissionais de saúde da AIDS treinados seja enviado ao exterior para prestar dois anos de serviços médicos em países da África, do Sudeste da Ásia e do Caribe para aliviar a falta de médicos que se vê em muitos países. Tal programa será chamado de Serviço de Saúde Global dos EUA (*US Global Health Service*) e tem como modelo o "Peace Corps." De acordo com o relatório, a escassez de médicos varia de um para cada 3.448 pessoas em Botsuana a apenas um médico para cada 50.000 pessoas em Ruanda. Para termos de comparação, nos EUA há um médico para cada 350 cidadãos. O plano US Global Health Service seria gerido em cooperação com o Plano de Emergência do Presidente para a Assistência da AIDS (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*, ou PEPFAR) e custaria estimados US\$100 milhões por ano. O programa oferece muitos incentivos aos médicos para a sua participação, incluindo o pagamento de suas mensalidades da faculdade de medicina. Os 15 países que já recebem fundos do PEPFAR seriam os primeiros beneficiários.

O relatório foi solicitado pelo Gabinete do Coordenador Global para a AIDS do Departamento de Estado dos EUA, com base em um dispositivo do PEPFAR que define um programa para a colocação de trabalhadores da área de saúde em áreas gravemente afetadas pelo HIV/AIDS, pela tuberculose e pela malária.

Índia nega ter o mais alto número de infecções pelo HIV

Richard Feachem, diretor executivo do Fundo Global para a Luta contra o HIV/AIDS, a Tuberculose e a Malária, advertiu que a Índia tem o mais alto número de pessoas infectadas pelo HIV, ultrapassando a África do Sul. O governo indiano informa oficialmente ter 5,1 milhões de cidadãos infectados pelo HIV, em comparação às estimativas mais recentes das Nações Unidas de que 5,3 milhões de pessoas estão infectadas na África do Sul. Feachem argumenta todavia que as estatísticas do governo indiano estão subestimadas devido a testes limitados e que o número real se enquadra na faixa mais alta de 2,5 a 8,5 milhões.

Feachem acusou também o governo indiano de não fazer o suficiente para combater a epidemia. Ele observou que muitos dos genéricos antiretrovirais do mundo são produzidos na Índia, mas não estão disponíveis para seus cidadãos a preços que lhes sejam acessíveis. O Organização Nacional de Controle da AIDS (NACO, ou *National AIDS Control Organization*) do governo negou as acusações de Feachem, dizendo que se atém às suas estimativas e que estão sendo elaborados programas para lidar com o HIV/AIDS na Índia.

Brasil recusa dinheiro dos EUA para programa de combate

Uma comissão nacional de cientistas, ministros e ativistas no Brasil recusou recentemente uma oferta de US\$400 milhões em fundos da Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA (*US Agency for International Development*, ou USAID) pois a aceitação dos fundos requeria que o país assinasse um compromisso de denunciar a prostituição, que não é ilegal no país. A ajuda da AIDS no Brasil baseia-se na aceitação de grupos marginalizados, como trabalhadores do sexo comercial, usuários de drogas injetáveis e outros grupos de risco, e o trabalho de perto com as pessoas em risco torna a prevenção contra o HIV possível. As condições impostas para a concessão dos fundos foram vistas como uma contradição com esses programas bem-sucedidos. A abordagem do país à prevenção e ao tratamento do HIV/AIDS é, frequentemente, vista como um modelo e os

grupos de trabalhadores do sexo são um potente grupo de promoção de políticas.

O Brasil é o primeiro país a recusar fundos dos EUA devido a restrições impostas pela Administração Bush. Uganda, recipiente de fundos dos EUA por meio do Plano de Emergência do Presidente para a Assistência da AIDS, foi recentemente criticada pela organização Human Rights Watch por mudar seus programas de prevenção contra o HIV/AIDS, passando a enfatizar a abstinência, devido a pressões do governo norte-americano.

"Muitas ONGs no Brasil estão apoiando a posição do Ministério da Saúde de recusar o dinheiro da USAID. Acho que a coisa mais importante é ter uma compreensão clara sobre os interesses institucionais, não obstante quem seja o patrocinador", diz Octavio Valente, do Grupo Pela Vida, no Rio.



Editor

Simon Noble, PhD

Redator Sênior de Ciência

Philip Cohen, PhD

Redatora de Ciência

Kristen Jill Kresge

Gerente de Produção

Michael Hariton

Editor da Versão On-line

Roberto Fernandez-Larsson, PhD

Todos os artigos foram escritos por Kristen Jill Kresge. A gestão do projeto do VAX é de Kristen Jill Kresge.

O artigo da seção Em Foco foi adaptado a partir do artigo de Sheri Fink (*IAVI Report*, 9/2, 2005).



O VAX é um boletim mensal do *IAVI Report*, um periódico sobre pesquisas relativas a vacinas, publicado pela Iniciativa Internacional de Vacinas contra a AIDS ("International Aids Vaccine Initiative"). Está atualmente disponível em inglês, francês, alemão, espanhol e português em arquivo PDF cujo download pode ser feito no endereço www.iavi.org/iavireport ou como boletim que pode ser obtido por e-mail. Se desejar receber o VAX por e-mail, queira enviar uma solicitação, incluindo o idioma de preferência, para: vax@iavi.org.

A IAVI (www.iavi.org) é uma organização global sem fins lucrativos que trabalha para agilizar a busca de uma vacina para a prevenção da infecção pelo HIV e da AIDS. Fundada em 1996 e em funcionamento em 23 países, a IAVI e sua rede de parceiros pesquisam e desenvolvem vacinas candidatas. A IAVI promove também a política de que uma vacina seja prioridade global e trabalha a fim de assegurar que uma futura vacina seja disponibilizada para todos os que precisarem dela.

Como se proporcionam aconselhamento e teste voluntários em pesquisa clínica ou ensaios de vacinas?

Antes que se realizem um ensaio clínico de uma vacina candidata contra a AIDS ou um estudo de pesquisa clínica em uma comunidade, os componentes essenciais de um sistema de pesquisa e atendimento de saúde devem estar implementados. Tais componentes incluem a infra-estrutura para um local do estudo, o treinamento de pesquisadores e profissionais da área de saúde nos locais do estudo para aconselhar e testar as pessoas em relação ao HIV, além de um local para onde mandar ou indicar as pessoas que necessitem de tratamento adequado. Isto é o que às vezes se chama de três T (Treinamento, Teste e Tratamento), sem os quais não pode haver ensaio.

A qualificação para participação em um ensaio de vacina ou em um estudo de pesquisa clínica (veja a seção **Básicas** de Março sobre “Para entender os estudos de pesquisa clínica”) dependem de o potencial voluntário estar ou não infectado pelo HIV, de forma que todos devem se submeter a um teste de HIV. Nos ensaios de vacina contra a AIDS, os potenciais voluntários não podem estar infectados pelo HIV, mas em outros tipos de estudos de pesquisa clínica apenas indivíduos infectados pelo HIV podem participar. O teste de HIV antes do ingresso como membro de um estudo é voluntário e o processo é conhecido como testagem e aconselhamento voluntário de pesquisa (TAVP). Tais programas servem como portas de entrada para a participação em estudos. Outros tipos de programas de TAV com base na comunidade envolvem procedimentos similares, mas não têm a finalidade comum de fazer com que as pessoas participem de um ensaio. A principal meta de programas de TAV comunitários é fazer com que as pessoas passem a conhecer seu status de HIV e se submetam a aconselhamento para a redução de risco, a fim de que possam proteger a si próprias e aos seus parceiros contra a infecção pelo HIV ou para que recebam indicações para cuidados e tratamento.

Como o TAV, o TAVP é confidencial e busca ajudar os voluntários a entender os comportamentos de risco associados à infecção pelo HIV, as implicações dos resultados dos testes, além de como podem reduzir seu risco no futuro. O TAVP também implica a explicação do que está envolvido na participação em um ensaio e a obtenção do consentimento informado do potencial voluntário quanto à participação em uma pesquisa clínica ou em um ensaio de vacina. Durante este processo os pesquisadores asseguram-se de que os voluntários entendem o que está envolvido no ensaio antes de entrarem e de que sua participação é voluntária.

Utilizam-se diferentes modelos para o recrutamento de pessoas para os programas TAVP em que podem descobrir seu status de HIV e podem saber mais sobre como se conduzem os estudos. Diversos métodos de recrutamento podem ser utilizados: da conscientização geral da comunidade, de discussões de grupos de enfoque e de interações um-a-um. Todas as abordagens envolvem uma sólida participação da comunidade por meio de conselhos consultivos comunitários; grupos de pessoas na comunidade que têm familiaridade com o ensaio ou o estudo.

Aconselhamento pré-teste

Todos os voluntários reúnem-se com um conselheiro treinado antes de fazerem um teste de HIV. Nessa sessão, o conselheiro fornece a cada voluntário informações básicas sobre o HIV/AIDS e faz perguntas a fim de determinar a compreensão de como o HIV é transmitido e que métodos de proteção estão disponíveis. A explicação de que tipo de pesquisa está sendo realizada no local específico e a informação para os voluntários de que talvez possam participar são uma parte importante do TAVP.

Durante o aconselhamento pré-teste, discutem-se as informações de histórico com cada voluntário. Coletam-se informações sobre os comportamentos de risco do voluntário, incluindo comportamento sexual, utilização de preservativo, histórico de doenças sexualmente transmitidas e a utilização de drogas injetáveis. Com base nas informações fornecidas, o conselheiro dará explicações e recomendações sobre como evitar e reduzir o risco de infecção pelo HIV. Caso o voluntário passe a ser participante do estudo, tais informações poderão ser usadas a fim de se determinar se seu comportamento de risco pode mudar com o tempo. Isto será analisado por pesquisadores no local.

Para voluntários que estejam pensando em participar de um ensaio de vacina contra a AIDS, a sessão de aconselhamento cobre também os procedimentos do estudo. Incluem-se aí testes de HIV regulares, a utilizações de métodos contraceptivos, a duração do ensaio e a necessidade de comparecer a todas as consultas programadas do estudo. Em uma sessão de TAVP, o conselheiro explicará que alguns voluntários receberão uma substância inativa, chamada placebo, ao invés da vacina candidata. A maioria dos ensaios de vacina são duplo cegos, o que significa que nem o médico nem o voluntário sabem quem está recebendo vacina ou placebo. O conselheiros de TAVP enfatizarão também que os pesquisadores não sabem se a vacina candidata oferece proteção ou não, e que até que ensaios de eficácia da Fase III provem o contrário, a vacina candidata não deve ser considerada protetora.

Um voluntário pode decidir não ser testado quanto ao HIV depois de receber o aconselhamento pré-teste.

Teste

O tipo de teste de HIV usado pode variar de local para local. Muitos locais usam agora os testes rápidos de HIV, que requerem apenas um furo no dedo para a coleta de uma amostra de sangue e para o teste quanto à presença de anticorpos contra o HIV. Os resultados desses testes ficam prontos em apenas 15 minutos. Alguns locais de teste fazem dois testes rápidos ao mesmo tempo, de forma que possam ter a certeza quanto aos resultados. Nos locais em que os testes rápidos não estão disponíveis, é muito importante garantir que os voluntários voltem para buscar seus resultados dos testes a fim de que possam receber aconselhamento pós-teste e possam receber indicações de instituições de saúde para cuidados e tratamento de HIV, caso estejam infectados pelo vírus. Nos ensaios de vacina contra a AIDS, testes de HIV mais sofisticados podem ser usados adicionalmente aos testes rápidos para que se garanta a exatidão.

Aconselhamento pós-teste

Depois que os resultados estiverem prontos, o conselheiro informará cada pessoa se está ou não infectada pelo HIV e irá ajudá-las a entender os resultados. Se o voluntário não estiver infectado pelo HIV, o conselheiro explicará que existe um período de tempo (chamado de “janela”) entre o momento em que uma pessoa é infectada e o momento em que o corpo produz anticorpos contra o HIV. Embora normalmente apareçam em três semanas, pode haver uma demora de até três a seis meses para que esses anticorpos surjam no teste. Se o voluntário informar ter tido comportamentos de risco no período da janela, poderá ser necessário que volte para um segundo teste.

Os conselheiros examinarão formas para que os voluntários reduzam os comportamentos de risco no futuro, qualquer que seja o resultado do teste. No caso de voluntários infectados pelo HIV, o aconselhamento pós-teste vai lhes dar a oportunidade de discutirem suas preocupações. O conselheiro ajudará o voluntário a elaborar um plano de ação, incluindo a notificação a seus parceiros ou famílias, a definição de formas de se manterem saudáveis, além de indicações para cuidados e tratamento disponíveis na comunidade.

O TAVP traz muitos benefícios para as comunidades. Estudos de pesquisa demonstraram que a incidência de HIV com frequência cai em áreas em que há extensos testes e campanhas de saúde pública a promover a educação em relação ao HIV. É mais provável que as pessoas que conhecem seu status de HIV incentivem outros membros de sua comunidade a fazerem o teste. Isto ajuda a servir de apoio à participação nos ensaios de vacinas ou nos estudos de pesquisa clínica.