

Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV

Impact of interventions promoting condom use among HIV-infected individuals

Mariângela F Silveira^a e Iná dos Santos^b

^aDepartamento Materno-Infantil. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. ^bPrograma de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. UFPel. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção & controle. Estudos de intervenção. Correr o risco. Comportamento sexual. Educação em saúde. Preservativos. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Infecções por HIV. HIV.

Keywords

Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. Intervention studies. Risk-taking. Sexual behavior. Health education. Condoms. Health knowledge, attitudes, practice. HIV infections. HIV.

Resumo

Pretendeu-se identificar intervenções educativas dirigidas a indivíduos HIV positivos, com desfecho uso de preservativos masculinos. Trata-se de revisão sistemática, onde foram pesquisadas bases de dados (Lilacs/Bireme, Medline, Popline) e sites (CDC e UNAIDS), sem limite de tempo. Os unitermos utilizados foram: *women; men; interventions; HIV; Aids; HIV positive; risk behaviors; sexual risk behaviors; intervention studies*. Foram incluídos 14 estudos, oito deles com efeito positivo. As limitações mais frequentes foram: ausência de randomização, falta de controle para fatores de confusão, altas perdas, falta de poder estatístico e avaliação do desfecho baseada em relato. A possibilidade de viés de publicação, favorecendo estudos de intervenção que mostraram efeitos benéficos, deve ser considerada. Intervenções efetivas para aumentar o uso de preservativos em pessoas HIV positivas são importantes para obter maior efeito na prevenção da disseminação do vírus.

Abstract

In order to identify educational interventions promoting male condom use during intercourse among HIV+ persons, we conducted a systematic review of publications. Lilacs/Bireme, Medline and Popline data sets and CDC and UNAIDS sites were searched without time limit. Uniterms used were: women; men; interventions; HIV; AIDS; HIV positive; risk behaviors; sexual risk behaviors; and intervention studies. Fourteen interventions were included, eight of which reported a positive result. Most frequent methodological weaknesses observed were lack of randomization, no control for confounding, high rates of losses to follow-up, small sample sizes, and outcome of condom use stated by patient self-report. Publication bias favoring studies showing a beneficial effect has to be considered. Effective interventions aiming to promote condom use among HIV positive persons are currently an important tool in the prevention of HIV dissemination.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem sido um desafio em termos de controle e tratamento. Em dezembro de 2001, estimava-se haver 40 milhões de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imu-

odeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo 18,5 milhões mulheres. Com o crescente número de casos classificados como de transmissão heterossexual, a contaminação das mulheres vem aumentando. Somente durante o ano de 2001, quase a metade dos quatro milhões de pessoas infectadas correspon-

Correspondência para/ Correspondence to:

Mariângela Freitas da Silveira
Avenida Duque de Caxias, 250
96001-970 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: maris.sul@terra.com.br

Recebido em 25/9/2003. Reapresentado em 17/8/2004. Aprovado em 13/9/2004

deram a mulheres. Grande parte dessas mulheres se contamina na idade de 15 a 24 anos, em plena vida reprodutiva, o que leva ao aumento de casos entre crianças, devido à transmissão vertical. Na América Latina, cerca de 1,5 milhões de pessoas estão contaminadas, sendo 28% dos adultos do sexo feminino.²⁴

De acordo com dados do Ministério da Saúde, presume-se que no Brasil, o número de portadores ultrapasse 500 mil. De 1980 até dezembro de 2002, registraram-se mais de 250 mil casos no País, dos quais 28% em mulheres. Em 2001, a razão de casos de Aids, por sexo, no Brasil, foi de 1,7 homens para cada mulher.³

Com o advento da terapia antiretroviral, a qualidade de vida dos portadores do HIV tem melhorado. No Brasil, a terapia antiretroviral é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde, o que levou ao aumento da sobrevida dos pacientes. Assim, medidas de prevenção da transmissão do HIV tornam-se cada vez mais importantes entre os portadores identificados. Além disso, adquirir outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) aumenta a chance de diminuição de imunidade nesses pacientes; e, o não uso de preservativo, com parceiros também soropositivos, dificulta o controle da carga viral e aumenta o risco de contaminação por vírus resistentes aos antiretrovirais.²⁵

O uso do preservativo é uma das mais importantes armas na luta contra a Aids. Estudos laboratoriais e epidemiológicos têm mostrado que o preservativo é efetivo contra uma ampla variedade de DST, incluindo gonorréia, uretrite não gonocócica, tricomoníase e herpes genital, assim como a contaminação pelo HIV.²³ Por outro lado, dados de literatura têm também mostrado que o fato de saber-se portador do HIV não implica, necessariamente, uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro não portador ou de sorologia desconhecida. Uma revisão bibliográfica realizada em 1993, no entanto, concluiu que as evidências existentes suportam fortemente a eficácia de medidas educacionais na promoção do uso de preservativos, para reduzir a transmissão do HIV e outras infecções.¹³

O presente artigo é uma revisão das publicações que descreveram intervenções educativas dirigidas a portadores do HIV, cujo desfecho tenha sido o uso de preservativos masculinos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de pesquisa às bases de dados Lilacs, Medline, Popline e

ao site do Center for Disease Control and Prevention (CDC) e UNAIDS, sem limite de tempo. As combinações de unitermos utilizadas foram: (*women/men and interventions*), (*women/men and HIV and interventions*), (*women/men and AIDS and intervention studies*), (*women/men and HIV positive and intervention studies*), (*women/men and HIV positive and intervention studies and risk behaviors*), (*women/men and HIV positive and intervention studies and sexual risk behaviors*), (*HIV positive and interventions*), (*women/men and HIV*), (*women/men and AIDS*), (*interventions and AIDS*), (*HIV positive and sexual risk behaviors and intervention studies*).

Nos artigos identificados, foi realizada, inicialmente, triagem manual, retirando-se intervenções com pessoas não-soropositivas, intervenções clínicas e perinatais em HIV positivos, intervenções educativas que não se referiam ao comportamento sexual e estudos descritivos. Após a triagem, todos os artigos identificados foram lidos e selecionados os pertinentes ao tema. Assim, no Medline foram identificados 10 artigos dos quais quatro eram pertinentes. No Popline, dos 15 artigos identificados foram selecionados dois; no site da UNAIDS e no banco de dados Lilacs/Bireme, não foi identificado nenhum artigo sobre o tema; e no site do CDC, foi encontrada uma referência que não foi aproveitada.

De todos os artigos lidos, mesmo os descartados, foram checadas as referências e identificadas 29, das quais restaram oito após leitura dos artigos. No total foram incluídos no estudo 14 artigos.

Foram incluídos apenas estudos de intervenção em portadores do HIV, randomizados ou não, cujo desfecho fosse o uso de preservativos masculinos. Nenhum estudo foi rejeitado devido a limitações metodológicas. Os artigos que preencheram os critérios de inclusão foram avaliados e pontuados conforme os critérios de Downs & Black.⁸ Sinteticamente, avaliou-se a clareza na descrição de:

1. hipóteses ou objetivos do estudo;
2. principais desfechos a serem medidos;
3. características dos pacientes incluídos;
4. intervenções de interesse;
5. distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo de sujeitos a ser comparado;
6. principais achados do estudo.

Outros itens avaliados foram:

7. se o estudo fornecia estimativas da variabilidade aleatória nos dados para os principais desfechos;
8. se os eventos adversos foram relatados;
9. se as características dos sujeitos perdidos durante o acompanhamento foram descritas;

10. se constavam os valores de probabilidade para os principais desfechos;
11. se a amostra de sujeitos convidados a participar do estudo era representativa;
12. se a amostra de sujeitos incluídos no estudo era representativa;
13. se o pessoal, lugares e instalações onde os pacientes recebiam o tratamento eram representativos do tratamento que a maioria dos pacientes recebia.
14. se foi utilizado algum método para cegar os pacientes para o tipo de intervenção;
15. se foi utilizado algum método para cegar os pacientes quanto aos desfechos;
16. caso os resultados não tenham sido baseados em hipóteses estabelecidas *a priori*, se isto foi deixado claro;
17. se, em ensaios clínicos e estudos de coorte, a análise ajustou para diferentes durações de acompanhamento, ou, em estudos de casos e controles, o tempo entre a intervenção e o desfecho foi o mesmo para casos e controles;
18. se os testes estatísticos utilizados para medir os principais desfechos foram apropriados;
19. se a adesão ao tratamento foi realística;
20. se as medidas utilizadas para os principais desfechos foram acuradas;
21. se os pacientes em diferentes grupos foram recrutados na mesma população;
22. se os pacientes nos diferentes grupos foram recrutados no mesmo período de tempo;
23. se houve randomização;
24. se a randomização ocorreu até o recrutamento estar completo;
25. se a análise incluiu ajuste adequado para os principais fatores de confusão;
26. se foram consideradas as perdas de pacientes durante o acompanhamento;
27. se o estudo tinha poder suficiente para detectar um efeito importante, com nível de significância de 5%.

O item oito, relacionado à mensuração de possíveis efeitos colaterais, foi retirado, visto que, tratando-se de intervenções educativas, provavelmente não teriam efeitos danosos.

AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

Os 14 estudos incluídos avaliaram intervenções visando aumentar o uso de preservativos entre pessoas soropositivas. A Tabela mostra aspectos metodológicos e resultados dos estudos selecionados.

O escore metodológico foi, em média, de 14,6 pontos (SD: 4,8), com cinco estudos pontuando menos de 14 e sete estudos acima da média. O estudo que obteve a mais alta pontuação²² foi o de Kalichman et al.¹⁴

A primeira intervenção aconteceu no Zaire. Kamenga et al¹⁵ aplicaram intervenção educativa, sem grupo controle, em 168 casais soro-discordantes, identificados por testagem sistemática para o HIV entre os funcionários de uma fábrica e de um banco. Os participantes, individualmente, e o casal eram aconselhados sobre DST, HIV e uso de preservativo. Em visitas mensais, eram fornecidos preservativos e um calendário de atividade sexual a ser preenchido separadamente por cada pessoa do casal. Os participantes eram também solicitados a guardar a embalagem dos preservativos, as quais eram conferidas a cada visita. O aumento no uso consistente de preservativos (uso em 100% das relações sexuais) ao final de 18 meses foi maior de 70 pontos percentuais. O uso de preservativos não variou com o *status* socioeconômico ou local de emprego e foi maior entre casais em que o homem era soronegativo. A incidência de soroconversão foi baixa, assim como a de DST, e houve boa correlação entre a história sexual e o número de embalagens apresentadas.

Estudo realizado em Ruanda,¹ em 1992, selecionou, aleatoriamente, mulheres de 20 a 40 anos de idade, em ambulatório de pré-natal e pediátrico. Foram testadas para HIV e formados dois grupos: HIV positivas (460) e HIV negativas (998). Ambos os grupos participaram de discussão em grupo contendo 10 a 15 pessoas, com vídeo, e receberam preservativos e espermaticidas. O acompanhamento consistiu em visitas semestrais ao serviço, quando era realizado exame ginecológico, tratamento de culturas positivas para gonococo, distribuição de preservativos e espermaticidas. Ao final de um ano de acompanhamento, comparado a um grupo controle de 208 mulheres selecionadas em estudo transversal, observou-se diferença de uso referido consistente de preservativos, entre os grupos, de 31,5%, favorável ao grupo intervenção. A prevalência de uso entre os controles foi de 3,5% e entre as mulheres HIV positivas da intervenção de 35% ($p < 0,05$). Em casais sorodiscordantes, a taxa de uso de preservativo foi maior. Os preditores de uso de preservativo entre as mulheres HIV positivas foram a relação não monogâmica, acreditar na ausência de efeitos colaterais e ter parceiro que freqüentava prostitutas.

Allen et al² aplicaram intervenção em 153 casais sorodiscordantes. Os controles foram 838 mulheres em que o *status* sorológico do parceiro era desconhecido. A intervenção consistia de vídeo educacional, discussão em grupos e distribuição de preservativos e espermaticidas. Os indivíduos do grupo intervenção e controle retornavam à clínica a cada três meses, e faziam exame médico anual. Houve aumento significativo ($p < 0,001$) de 53% no uso consistente de pre-

Tabela - Características dos estudos de intervenção em portadores do HIV incluídos na revisão.

Autor/ano/país	N inicial e final	Amostra	Intervenção/controle	Desfecho	Resultados	Escore	Observações
Kamenga et al, ¹⁵ 1991, Zaire	I: 168; 149	Casais soro discordantes	Aconselhamento individual e do casal; fornecimento de preservativos e medicação	Uso de preservativos sempre, após 18 meses	Inicial: <5% 18 m: 77,4% Dif: 72,4 p.p.	10/26	Analisou somente os avaliados por 6 meses ou mais Fornecido auxílio transporte; visitas aos faltosos
Allen et al, ¹ 1992, Ruanda	I:460; 445 C: 208	Mulheres HIV+, 20-40 anos, amostra aleatória de pacientes ambulatoriais	Vídeo e discussão em grupo; distribuição de preservativos; participação voluntária dos parceiros	Uso referido preservativos após 1 ano	I: 35,0%; C: 3,5% Dif: 31,5 p.p. p<0,05	15/26	Sem controle de fatores de confusão; não randomizado; sem cegamento; controles recrutados ao final do estudo
Allen et al, ² 1992, Ruanda	I: 53; 44 C: 838; 608	Casais soro discordantes Controles: mulheres com parceiro de sorologia desconhecida	Vídeo educacional e discussão em grupo; distribuição de preservativos	Uso de preservativos durante 1 ano	I: 57%; C: 4%; Dif: 53 p.p. p<0,001	18/26	Visitas domiciliares aos faltosos Cuidado médico gratuito
CDC, ⁵ 1993, EUA	I: 61; ?	Pessoas HIV+ em consulta a serviços de referência	Aconselhamento em uma consulta	Seguimento médio de 6 meses	Sem dif. com parceiros regulares	05/26	Publicação curta (boletim); sem grupo controle; amostra pequena com poder limitado; sem controle para grau de doença; coleta dos dados após o pós-teste
Kelly et al, ¹⁶ 1993, EUA	I1: 39; 27 I2: 38; 14 C: 38; 27	Homens HIV+ com diagnóstico de depressão	I 1: 8 sessões de grupo cognitivo-comportamental I 2: 8 sessões de grupo de suporte social Controle: terapia individual gratuita na crise	N relação anal Insertiva desprotegida Inicial (A); Após 3 meses (D)	I 1 A: 1,6(4,2) D: 2,9(10,2) I 2 A: 0,6(0,4) D: 0,0(0,0) C A: 0,3(0,7) D: 0,1*(0,4)	14/26	Estudo tipo antes e depois; perda de 41%. Perdas, na sua maioria, de pacientes com doença grave
				N relação anal Receptiva desprotegida Inicial (A); Após 3 meses (D)	I 1 A: 0,9(2,4) D: 0,4(0,7) I 2 A: 0,5(1,1) D: 0,1(0,3) C A: 0,8(1,4) D: 0,5(1,1)		
Padian et al, ¹⁸ 1993, EUA	I: 144; 62	HIV+ e seus parceiros heterossexuais	Sessões de aconselhamento individuais e do casal	Uso consistente de preservativo após 1 ano	Inicial: 49%; 1 ano 90% Dif: 41 p.p. p<0,001	11/26	Sem grupo controle; amostra pequena com poder limitado; muitas perdas; auto-relato; casais mais estáveis
Cleary et al, ⁶ 1995, EUA	I: 135; 91 C: 136; 106	271 doadores de sangue, HIV+	I: grupo de suporte C: serviços médicos e psicológicos disponíveis.	% sexo inseguro na última semana, após 1 ano	Início: I: 57%; C: 71,7% Dif: 14,7 p.p. p: 0,03 Seguimento I: 30,9%; C: 37,7% Dif: 6,8 p.p. p=0,3	21/26	Randomizado, estudo de efetividade; descreve as perdas e possíveis fatores de confusão
Greenberg et al, ¹¹ 1996, EUA	I: 116; 100	Usuários de drogas HIV+, iniciando em um grupo comunitário de suporte	I: grupo semanal, de 1,5 a 2 horas; com 25-30 membros e 2 facilitadores	Uso consistente de preservativos após 6 meses	Início: 60% Seguimento: 79% Dif: 19 p.p. p<0,001	11/26	Sem grupo controle; auto-relato das medidas

Tabela - Continuação.

Autor/ano/país	N inicial e final	Amostra	Intervenção/controle	Desfecho	Resultados	Escore	Observações
Parsons et al, ¹⁹ 2000, EUA	H: 255; 154 M:158; 87	Homens hemofílicos HIV+, de 18 anos ou mais e suas parceiras sexuais	I: Baseada no modelo transteórico C: parcial ou nenhuma intervenção	Uso consistente de preservativos após 3 meses	Homens c/ parceiras: 68% Homens s/ parceiras: 22% Parceiras: 69% Efeito principal não significativo	14/26	Quasi experimento, questionário auto-administrado Não diferencia os controles da intervenção
Fogarty et al, ⁹ 2001, EUA	I: 164; 117 C: 158; 125	Mulheres HIV+ de 18-44 anos	I: atendimento com individual e em grupos C: consultas de rotina e urgência	Progresso no uso de preservativo com parceiro principal (efeito geral), após 18 meses	Progresso em relação ao controle: OR: 2,3 p=0,02	17/26	Randomizado; perdas entre 21 e 42%; amostra similar à clínica de HIV Pago U\$20,00/entrevista Análise por intenção de tratar
Gielen et al, ¹⁰ 2001, EUA	I: 40; ? C: 30; ?	Sub amostra com parceiro sexual principal no baseline e seguimento		Progresso no uso de preservativo com parceiro principal após 6 meses	Progresso em relação ao controle: OR: 2,67 p=0,04	20/26	
Grinstead et al, ¹² 2001, EUA	I: 94; 61 C: 29; 20	Homens HIV+ encarcerados que seriam libertados dentro de 6 meses	I: série de 8 sessões por 2 semanas consecutivas	Uso de preservativo na primeira relação pós-libertação	I: 81%; C: 68% Dif: 0.30 (h de Cohen)	11/26	Estudo com baixo poder estatístico
Kalichman et al, ¹⁴ 2001, EUA	I: 185; 141 C: 143; 110	Homens e mulheres HIV+, recrutados de serviços de AIDS e doenças infecciosas	I: grupos, de 5 sessões, baseada na Teoria Social Cognitiva C: grupo de suporte, em 5 sessões	% do uso de preservativo para sexo vaginal e anal com todos os parceiros após 6 meses	Início: I: 75.5%; C: 57.1% 6 meses: I: 71,7%; C: 54,6% Dif: 17,1 p.p.	22/26	Randomizado
Rotheram-Borus et al, ¹⁶ 2001, EUA	I: 208; 124 C: 102; 30	Jovens de 13-24 anos, HIV+, atendidos em 9 clínicas	2 módulos em 23 sessões de grupos (6 meses), com base no modelo "Ação Social" C: atendimento normal	% de atos sexuais desprotegidos (após módulo II)	I: 2,8%; C: 15,5% Dif: 1,7 p.p. p<0,01	15/26	Grupos designados em sequência Sessões pagas Seguimento de 15 meses

I: intervenção; C: controle; M: mulher; H: homem; Dif: diferença

*p=0,05

servativos pelo grupo intervenção, após um ano de seguimento. A taxa de sor conversão foi baixa. Entre as mulheres, a taxa de conversão foi inferior à meta-de da estimada para aquelas com parceiros de sorologia desconhecida. Entre os homens que sorocconverteram, o uso de preservativo foi significativamente menor e o uso de álcool era relatado mais freqüentemente. Entre as mulheres que sorocconverteram, havia maior percentual de analfabetas. O uso de preservativo foi maior quando o homem era HIV negativo.

Outro trabalho nos EUA⁵ realizou aconselhamento em consulta médica, em serviços de referência, com 61 pacientes soropositivos, de ambos os sexos, a maior parte pertencente a minorias étnicas, com idade média de 35 anos. Não houve diferença no uso de preservativos com parceiros regulares. O estudo não tinha grupo controle e os dados comportamentais foram coletados no pós-teste. O relato do estudo foi muito breve e os autores não descreveram a definição de uso de preservativos (consistente, na última relação e outros) utilizada como desfecho.

Em estudo tipo "antes e depois", realizado com homens HIV positivos com diagnóstico de depressão,¹⁶ foram-se três grupos: o primeiro, com 39 pessoas, foi submetido a oito sessões de grupo cognitivo-comportamental; o segundo, com 38 pacientes, a oito sessões de grupo de suporte social; e, 38 pacientes formaram o grupo controle, que somente recebia terapia individual na crise. Após três meses, foi avaliada a média de relações anais insertivas e receptivas desprotegidas. As mudanças significativas ocorreram no grupo controle, com diminuição das relações anais insertivas desprotegidas (p<0,05). No segundo grupo intervenção, o efeito quanto às relações anais receptivas desprotegidas ficou no limiar da significância estatística, com p<0,06. Quanto à diferença intra-grupo, esta foi significativa para o segundo grupo intervenção e para os controles (p<0,001), quanto a relações anais insertivas; e,

somente para o segundo grupo intervenção ($p=0,008$), quanto a relações anais receptivas.

Padian et al¹⁸ conduziram um estudo nos EUA, com 144 pessoas soropositivas (78% de homens, a maior parte bissexual) e seus parceiros heterossexuais, recrutados de serviços de aconselhamento e testagem. As visitas e testes eram realizados bianualmente em média e geralmente, no domicílio dos participantes. Na visita, cada membro do casal era entrevistado, separadamente, e aconselhado sobre práticas sexuais seguras, seguindo-se sessão de aconselhamento do casal. O uso consistente de preservativos no seguimento de um ano foi de 90%, com aumento de 41% ($p<0,001$) em relação ao início. A maior parte das mudanças comportamentais ocorreu entre o início e a primeira visita de seguimento e não houve soroc conversão. Casais em abstinência sexual foram excluídos da análise em relação ao uso de preservativos. O trabalho não utilizou grupo controle e teve muitas perdas (mais de 41% no primeiro ano).

Cleary et al⁶ trabalharam com doadores de sangue identificados como soropositivos no hemocentro de Nova Iorque e que aceitaram participar do estudo. O estudo foi randomizado, com 135 pessoas no grupo intervenção e 136 no grupo controle. Após a notificação e aconselhamento, os controles eram orientados a procurar serviços médicos e psicológicos disponíveis na comunidade. Os portadores do grupo intervenção participavam do grupo de suporte com assistente social e enfermeira psiquiátrica, com abordagem cognitivo-comportamental e treinamento de habilidades. Os grupos com sete a nove participantes eram semanais, com duração de 90 min, por seis semanas consecutivas. O seguimento foi semestral. No acompanhamento de um ano, verificou-se que, em ambos os grupos, houve grande diminuição do relato de sexo inseguro na última semana ($p<0,001$), mas não houve diferença significativa entre os grupos. O maior preditor de sexo inseguro no seguimento foi o relato de sexo inseguro imediatamente anterior à notificação; e o de sua ausência foi o fato da pessoa ser mais velha. Os autores sugerem que uma das causas para o não efeito da intervenção foi a grande disponibilidade de serviços médicos e alternativos na área onde o estudo foi realizado.

No estudo de Greenberg et al,¹¹ (EUA) a intervenção foi realizada em 116 usuários de drogas, HIV positivos, no momento em que ingressavam em um grupo comunitário de apoio. Não houve grupo controle. Entre os participantes, 77% eram homens; e, 93%, afroamericanos, com idade entre 25 e 31 anos. Os grupos eram semanais, com duração de uma hora e meia a duas horas, e participavam 25 a 30 membros

com dois facilitadores. O objetivo era fortalecer os participantes para que se tornassem auto-suficientes, adotassem estilos saudáveis de vida e desenvolvessem relações interpessoais que eliminassem a necessidade de comportamentos de risco. O maior enfoque era dado à prevenção à drogadição e à segurança no uso de drogas. Os participantes recebiam auxílio transporte, alimentação e foram pagos para conceder as entrevistas. Houve aumento no uso consistente de preservativos de 19% ($p<0,001$). Também se observou aumento no uso de preservativos com parceiro fixo e ocasional. Não houve associação significativa entre o número de sessões freqüentadas ou o tratamento para o uso de drogas com o aumento no uso de preservativos. Os autores sugerem que grupos dessa natureza devam enfatizar mais as práticas sexuais seguras na prevenção do HIV e destacam o baixo custo desse tipo de intervenção.

Uma intervenção, baseada no modelo transteórico, foi utilizada por Parsons et al,¹⁹ (EUA) em 255 homens hemofílicos HIV positivos e suas parceiras sexuais (158). O estudo foi conduzido em 15 estados, em múltiplos locais de tratamento e organizações de hemofílicos. O grupo intervenção recebia a abordagem dividida em dois componentes: construção de habilidades de comunicação (três módulos, com total de, em média, três a quatro horas); e, observação do estágio de mudança do indivíduo, com aplicação de atividades baseadas nesse estágio (uma hora cada). A intervenção teve duração de um ano, geralmente em grupo, mas também individual, e o seguimento foi realizado três meses após seu final. Os controles receberam intervenção parcial ou nenhuma. Os resultados dos escores foram medidos por interação, sendo que o efeito da intervenção, no uso consistente de preservativos, não foi significativo. Entre os homens, foi significativo o aumento de comportamentos sexuais seguros. As mulheres do grupo intervenção referiram mais o uso de preservativos, pelo parceiro masculino, na última relação vaginal (OR=6,92; $p=0,01$).

Fogarty et al⁹ (EUA) realizaram estudo randomizado, com mulheres HIV positivas, entre 18 e 44 anos. As participantes eram recrutadas de clínicas e ambulatórios de tratamento para pessoas soropositivas, de hospitais pediátricos para soropositivos e de referências de participantes e agentes de saúde. As mulheres do grupo intervenção (164) recebiam, além do atendimento normal dado aos controles (158), atendimento com embasamento teórico, por pessoas soropositivas treinadas. O atendimento era dado individualmente e em grupos, por seis meses, enfatizando os seguintes comportamentos: uso de preservativos com parceiro principal, com outro parceiro e uso de contraceptivos. As entrevistas foram pagas (US\$20,00

cada uma) e avaliaram dados demográficos, de risco e comportamentais (estágio de mudança, auto-eficácia, vantagens e desvantagens do uso de preservativos). As pacientes foram acompanhadas até 18 meses após a intervenção. Observou-se progresso no uso de preservativos com o parceiro principal nas pacientes do grupo intervenção (OR=2,3; $p=0,02$). O trabalho de Gielen¹⁰ foi uma subanálise desse mesmo estudo, que avaliou somente as mulheres que tinham um parceiro fixo, no início e aos seis meses após intervenção. Eram 40 mulheres no grupo intervenção e 30 no controle. O progresso no uso de preservativos com o parceiro principal nas mulheres do grupo intervenção mostrou uma razão de *odds* de 2,67 ($p=0,04$).

Grinstead et al¹² conduziram uma intervenção, nos EUA, entre homens HIV positivos, presidiários, que seriam libertados dentro de seis meses. Um total de 94 homens recebeu a intervenção e foram comparados a 29 controles, também presidiários, que não aceitaram participar das sessões. Cada participante recebeu oito sessões de duas a duas horas e meia cada, em duas semanas consecutivas. As sessões incluíam informações sobre o HIV, tratamento, uso de drogas, sexualidade, nutrição, entre outros. Além disso, eram encaminhados para serviços comunitários de tratamento, assistência financeira, programas para dependentes de uso de álcool e drogas, treinamento educacional e vocacional. O desfecho investigado foi o uso de preservativos na primeira relação após a liberdade. O estudo tinha pouco poder para detectar diferença entre os grupos. De fato, o uso referido de preservativos no grupo intervenção foi de 81% e no controle, de 68%, diferença não significativa estatisticamente.

Outro estudo randomizado foi o de Kalichman et al,¹⁴ em que portadores de ambos os sexos foram recrutados em serviços de Aids e doenças infecciosas. O grupo intervenção (185) participou de cinco sessões que enfocavam estratégias para a prática de comportamento sexual seguro, baseadas na teoria social cognitiva. O grupo controle recebeu cinco sessões de suporte sobre manutenção da saúde. Decorridos seis meses após a intervenção, o percentual de uso consistente de preservativos, em relações sexuais anais e vaginais, com todos os parceiros, foi maior no grupo intervenção ($p=0,05$). Menores taxas de sexo anal e vaginal no grupo intervenção também foram significativas. No entanto, os grupos intervenção e controle não eram comparáveis, sendo o uso de preservativos maior no grupo intervenção desde o *baseline*.

Finalmente, estudo realizado nos EUA por Rotheram-Borus et al²⁰ avaliou o efeito de intervenção em jovens HIV positivos, atendidos em clínicas de quatro cidades americanas. O grupo intervenção,

de 208 pessoas, era submetido a dois módulos, “Fique saudável” e “Aja com segurança”, num total de 23 sessões de pequenos grupos. A intervenção foi baseada no modelo “Ação Social” e cada módulo teve a duração de três meses. O grupo controle (102) recebeu o atendimento normal do serviço. Após o Módulo I, ocorreram mais mudanças positivas no estilo de vida, entre as mulheres do grupo intervenção. Após o Módulo II, os jovens no grupo intervenção reportaram 82% menos atos sexuais desprotegidos; 45% menos parceiros sexuais; 50% menos parceiros sexuais HIV negativos; e 31% menos uso de drogas. Não houve diferença em relação à revelação da sorologia aos parceiros sexuais. O custo total da intervenção foi de US\$980,00 por pessoa.

Em resumo, apenas três dos estudos foram randomizados.^{6,9,14} Em cinco deles não houve comparação com um grupo controle.^{5,11,15,18,19} O tempo de acompanhamento variou bastante entre os estudos, de três meses a mais de três anos.¹⁸ O tipo de intervenção realizada, também foi bastante variável, com intervenções bem mais elaboradas e longas que outras.

As limitações mais frequentes foram a ausência de randomização, a falta de controle para fatores de confusão, o grande número de perdas, a análise de intervenções randomizadas não por intenção de tratar e a falta de poder estatístico. Além disso, a maior parte baseou a avaliação do desfecho no relato dos portadores do HIV sobre suas práticas sexuais. Quanto ao resultado, dos 14 estudos revisados, oito mostraram algum efeito positivo da intervenção. Os resultados sugerem efeito maior em seguimentos mais curtos, de até um ano.

COMENTÁRIOS

A presente revisão mostrou que, de maneira geral, os estudos realizados obtiveram efeito positivo de intervenções educacionais no aumento do uso de preservativos em portadores do HIV. Intervenções mais elaboradas e de maior custo não obtiveram resultados muito melhores que intervenções mais curtas e de fácil execução. A comparação entre os resultados das diferentes pesquisas fica prejudicada pelo fato de existir grande variação na qualidade, metodologia e desfecho observados. A heterogeneidade dos estudos em termos de tipo de intervenção, população alvo e metodologia não permitiram a obtenção de uma medida agregada de efeito por meio de metanálise. A possibilidade de viés de publicação também deve ser considerada, já que, de maneira geral, estudos de intervenção que mostram efeitos benéficos são mais prováveis de serem publicados do que aqueles com efeitos nulos.²¹

Aspecto que merece ser destacado é que, a maioria dos trabalhos baseia-se no auto-relato de pessoas soropositivas acerca de seu comportamento sexual. A confiabilidade do relato de comportamentos sexuais por adolescentes foi investigada por Brener et al,⁴ por meio de teste/reteste com questionários auto-administrados por 1.679 estudantes do ensino médio, em duas ocasiões, com intervalo de 14 dias. Esses autores apresentaram índice Kappa para início da atividade sexual com menos de 13 anos de 0,71; para quatro ou mais parceiros sexuais na vida, de 0,81; e, para quatro ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses, de 0,48. Outro estudo de validação foi realizado para avaliar a veracidade do auto-relato do uso de preservativo, em população urbana de alto risco para DST/HIV. Baseado em coorte prospectiva, foram investigados eventos sexuais, uso de preservativos nos últimos 30 dias, fatores de risco, história de DST e presença de infecções, por exames laboratoriais para clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. A investigação foi repetida três meses depois. O auto-relato do uso de preservativo não esteve associado com menor incidência de DST. Os autores concluíram que o auto-relato, mesmo em situações de pesquisa, pode estar sujeito a viés de informação substancial.²⁷ Tal achado sugere que, idealmente, nessa área, deve-se utilizar marcadores biológicos, para medir o efeito das intervenções, além do relato do paciente. Supõe-se que esse procedimento não seja adotado rotineiramente pelos pesquisadores em decorrência do custo elevado.

É importante lembrar da necessidade de estabelecer intervenções realmente efetivas para o aumento do uso de preservativos em portadores do vírus HIV. A melhora do estado de saúde e a redução da carga viral, decorrentes da mais moderna terapia antiretroviral, podem levar à sensação de diminuição da necessidade de práticas seguras, embora níveis indetectáveis de RNA viral não provem que o paciente não esteja infectante.²⁵ Conforme já apresentado,¹⁷ investir esforços preventivos junto a portadores do HIV pode ser mais efetivo do que entre indivíduos da população geral por três razões: 1) maior efeito na disseminação da epidemia (custo-efetividade); 2) os portadores do HIV mostram um grau de altruísmo preventivo geralmente maior que os esforços de auto-proteção dos HIV negativos; e 3) existem razões para supor que esse altruísmo pode ser reforçado por intervenções apropriadas.¹⁷ Estudo nos EUA²⁶ apontou que, comparadas a mulheres em risco, as HIV posi-

vas reportavam menor atividade sexual e uso de drogas; uso mais freqüente de preservativos (63% vs 28%) em relações vaginais; e, uso consistente de preservativos, em todas as relações. Uma mudança no comportamento de risco de um indivíduo HIV positivo, em média, e na maioria das populações afetadas, apresentam efeito maior na disseminação do vírus do que mudança equivalente de uma pessoa negativa. O tamanho dessa diferença depende da prevalência do vírus na população: ocorre se for menor que 50% e será tanto maior quanto menor a prevalência. Por exemplo, numa prevalência de 20%, o impacto será quatro vezes maior; e numa prevalência de 5%, este será 19 vezes maior. No entanto, existem poucas intervenções preventivas endereçadas aos HIV positivos, comparadas aos negativos.¹⁷

Em geral, as intervenções dirigidas a portadores do vírus HIV envolvem técnicas para melhorar a qualidade de vida (os comportamentos de risco estão associados com *stress*, baixa estima, insatisfação conjugal e problemas com álcool e drogas) e promover reflexão sobre a própria conduta e suas conseqüências (o que tem se mostrado efetivo, ao menos, entre sorodiscordantes). Os autores concordam que devem ser evitadas imposições ou julgamentos éticos ou morais e recomendam que, para a prevenção, é necessário: promover a testagem sorológica; identificar parcerias e testá-las; realizar o aconselhamento pós-teste; melhorar o contato com os HIV positivos, bem como sua qualidade de vida; realizar intervenções educacionais, no caso de persistência de comportamentos de risco; e, conduzir intervenções cognitivas, quando factíveis. Em países pobres, pode-se pensar inclusive, em auxílio econômico para portadores que se prostituem, para que abandonem essa atividade (custo-benefício). As alternativas mais simples, baratas e efetivas devem ser as preferidas.¹⁷

Embora a eficácia de intervenções para redução de risco, baseadas em princípios cognitivo-comportamentais, tenha sido amplamente documentada na literatura, a disseminação bem sucedida de modelos de prevenção do HIV, da pesquisa para a prática, requer mecanismos de fornecimento de recursos e de assistência técnica, particularmente em serviços pequenos. Os pesquisadores podem facilitar esse processo, tentando desenvolver intervenções que consumam menos recursos e tempo do que os modelos atuais.⁷

REFERÊNCIAS

1. Allen S, Serufulira A, Bogaerts J, Van de Perre P, Nsengumuremyi F, Lindan C et al. Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. Impact on HIV and gonorrhea rates. *JAMA* 1992;268(23):3338-43.
2. Allen S, Tice J, Van de Perre P, Serufulira A, Hudes E, Nsengumuremyi F et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *BMJ* 1992;304(6842):1605-9.
3. Boletim Epidemiológico Aids. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília (DF); 2002(1).
4. Brener ND, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. *Am J Epidemiol* 1995;141:575-80.
5. [CDC] Center for Disease Control. HIV prevention through case management for HIV-infected persons. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993;42(23):448-9, 455-6.
6. Cleary PD, Van Devanter N, Steilen M, Stuart A, Shipton-Levy R, McMullen W et al. A randomized trial of an education and support program for HIV-infected individuals. *Aids* 1995;9:1271-8.
7. DiFranceisco W, Kelly JA, Otto-Salaj L, McAuliffe TL, Somlai AM, Hackl K et al. Factors influencing attitudes within AIDS service organizations toward the use of research-based HIV prevention interventions. *AIDS Educ Prev* 1999;11:72-86.
8. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Commun Health* 1998;52:377-84.
9. Fogarty LA, Heilig CM, Armstrong K, Cabral R, Galavotti C, Gielen AC et al. Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women. *Public Health Rep* 2001;116 Suppl 1:103-19.
10. Gielen AC, Fogarty LA, Armstrong K, Green BM, Cabral R, Milstein B et al. Promoting condom use with main partners: a behavioral intervention trial for women. *AIDS & Behavior* 2001;5:193-204.
11. Greenberg JB, Johnson WD, Fichtner RR. A community support group for HIV-seropositive drug users: is attendance associated with reductions in risk behaviour? *AIDS Care* 1996;8:529-40.
12. Grinstead O, Zack B, Faigues B. Reducing postrelease risk behavior among HIV seropositive prison inmates: the health promotion program. *AIDS Educ Prev* 2001;13:109-19.
13. Jewett JF, Hecht FM. Preventive health care for adults with HIV infection. *JAMA* 1993;269:1144-53.
14. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *Am J Prev Med* 2001;21:84-92.
15. Kamenga M, Ryder RW, Jingu M, Mbuyi N, Mbu L, Behets F et al. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling center in Zaire. *Aids* 1991;5:61-7.
16. Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson LY, et al. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV- infected persons. *Am J Psychiatry* 1993;150:1679-86.
17. King-Spooner S. HIV prevention and the positive population. *Int J STD AIDS* 1999;10:141-50.
18. Padian NS, O'Brien TR, Chang Y, Glass S, Francis D. Prevention of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus through couple counseling. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993;6:1043-8.
19. Parsons JT, Huszti HC, Crudder SO, Rich L, Mendoza J. Maintenance of safer sexual behaviours: evaluation of a theory-based intervention for HIV seropositive men with haemophilia and their female partners. *Haemophilia* 2000;6:181-90.
20. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA, Futterman D, Duan N, Birnbaum JM et al. Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *Am J Public Health* 2001;91:400-5.
21. Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
22. Schultz JR, Butler RB, McKernan L, Boelsen R. Developing theory-based risk-reduction interventions for HIV-positive young people with haemophilia. *Haemophilia* 2001;7:64-71.
23. Solomon MZ, DeJong W. Preventing AIDS and other STDs through condom promotion: a patient education intervention. *Am J Public Health* 1989;79:453-8.
24. [UNAIDS] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reports on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva; 2002.
25. Wainberg M, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *JAMA* 1998;279:1977-83.
26. Wilson TE, Massad LS, Riestter KA, Barkan S, Richardson J, Young M et al. Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study. *Aids* 1999;13:591-8.
27. Zenilman JM, Weisman CS, Rompalo AM, Elish N, Upchurch DM, Hook EW et al. Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sex Transm Dis* 1995;22:15-21.