

ANALISE SISTEMÁTICA DA ABORDAGEM QUIMIOPROFILÁTICA DO HIV NO ABUSO SEXUAL

José Willames Araújo Ferreira¹; Matheus de Lira Gregório²; Renata Livia Fonseca Medeiros³.

Autor: Discente do curso de Medicina da Faculdade Santa Maria¹ willamesaf@gmail.com, Coautor: Discente do curso de Medicina da Faculdade Santa Maria² matheus-lirah@hotmail.com, Orientador: Docente da Faculdade Santa Maria³ renaliviamoreira@hotmail.com.

Introdução

A violência sexual é um crime praticado contra a integridade e a liberdade sexual, no qual não há restrição de sexo, idade, etnia ou classe social, sendo causa de elevado custo financeiro ao país e grave problema de saúde pública. Embora atinja homens e mulheres, estas são as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas, no entanto, as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão. Estupro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção.

No Brasil, é definido juridicamente como sendo o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Diante desse quadro a pessoa está exposta a diversas enfermidades físicas e psicológicas que deverão ser abordadas nos serviços de saúde, dentre elas será abordado nesse estudo o HIV. Os objetivos do estudo visa realizar uma análise sistemática sobre as medidas profiláticas para o HIV e em que situações elas são realizadas, além de descrever os fármacos utilizados.

Metodologia

Foram utilizados os descritores: abuso sexual, agressão sexual e HIV para revisão sistemática narrativa da literatura, com base nas plataformas Scielo; Medline; BVS e em informações bibliográficas, adicionada dos seguintes filtros: ano de 2007-2017, artigos disponíveis e completos, língua portuguesa e estudos realizados no Brasil.

Ao total foram encontrados onze artigos e três protocolos de atendimento que passaram por três etapas de seleção. A primeira etapa consiste na exclusão dos artigos repetidos, a segunda, na análise dos títulos e a terceira, na análise dos resumos. Dentre esses artigos e protocolos foram selecionados três artigos e um protocolo de atendimento do Ministério da Saúde que melhor responderam aos objetivos da pesquisa, para análise qualitativa dos resultados apresentados.

Resultados e discussão

A prescrição da quimioprofilaxia após exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada a todas as situações. Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao grau de risco da agressão, o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência, aconselhamento adequado nas diferentes situações – onde se indica ou não a profilaxia, e para que haja adesão ao tratamento nos casos indicados (Mattar, Rosiane et al. 2007; Oshikata, Carlos Tadayuki et al. 2011; Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

O risco de infecção pelo HIV depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se: os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a susceptibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; e o início precoce da profilaxia com antirretrovirais (ARV), quando indicada (Brasil, 2012; Facuri CO et al. 2013).

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido (Brasil, 2012; Facuri CO et al. 2013).

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita. Como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nestes casos, a relação risco benefício deve ser considerada e a decisão individualizada, levando em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do status sorológico do agressor indicada (Brasil, 2012; Facuri CO et al. 2013).

De forma geral, não está recomendada profilaxia para o HIV no caso de violência sexual em que a mulher, a criança ou a adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor devido à possibilidade da contaminação já ter ocorrido no passado (Brasil 2012).

Entretanto, é importante avaliar o contexto em que a violência vem ocorrendo e essencial interromper o ciclo de agressão. Nestes casos, independente da indicação da profilaxia, a investigação sorológica deverá ser feita por seis meses, considerando-se o último episódio conhecido de exposição (anal, vaginal ou oral), e a decisão de indicar profilaxia deve ser

individualizada. A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual (Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, utilizando o fluxograma com testes rápidos para tomada de decisão terapêutica. Nas situações em que o agressor é desconhecido ou soropositivo para o HIV, está indicada profilaxia ARV até que a vítima seja reavaliada em serviço de referência indicados (MATTAR, Rosiane et al. 2007; OSHIKATA, Carlos Tadayuki et al. 2011; Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

Caso o resultado da testagem para HIV seja negativo, a quimioprofilaxia antirretroviral não deve ser realizada ou deve ser interrompida. Nesses casos, a possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), sem a presença de sintomas de infecção aguda, é extremamente rara. De qualquer forma, resultados falso-negativos devem sempre ser avaliados dentro do contexto clínico e epidemiológico do agressor. A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da vítima em se submeter à profilaxia (Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento antirretroviral, à estruturação do esquema para profilaxia deverá ser individualizada: caso o agressor esteja com carga viral abaixo dos limites de detecção, o esquema ARV indicado para a vítima poderá ser o mesmo do agressor (Brasil, 2012).

Entretanto, caso esteja em falha virológica, o esquema deve ser estruturado conforme princípios de resgate, utilizando testes de genotipagem anteriores, caso disponíveis. A estruturação da profilaxia antirretroviral em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento deve ser indicada por médicos experientes no manejo ARV (Brasil, 2012).

O emprego de esquema antirretroviral com elevada potência de supressão viral, baixo potencial de toxicidade, baixo custo e posologia cômoda, facilitando a adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), como a zidovudina (AZT) associada à lamivudina (3TC) e a um inibidor da protease adicionado de ritonavir (IP/r) coformulado, como o lopinavir/ritonavir (LPV/r), (Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

Em mulheres adultas e adolescentes, recomenda-se usar a associação da zidovudina (AZT) 300mg e lamivudina (3TC) 150mg (inibidores da transcriptase reversa), preferencialmente combinados na mesma formulação, utilizando um comprimido a cada 12 horas (Brasil 2012; Facuri CO et al. 2013).

O lopinavir-r (LPV/r) deve ser administrado na dose de dois comprimidos a cada 12 horas. Nos casos de intolerância ao AZT, o tenofovir é uma alternativa para compor o esquema com 3TC e um IP/r, porém sua utilização deve ser reservada para impossibilidade de indicação de timidínicos, devido à menor experiência de uso durante o primeiro trimestre gestacional. Em situações de intolerância ao LPV/r, o tenofovir deve ser considerado devido a sua maior comodidade posológica, perfil mais favorável em relação a efeitos adversos, o que contribui para sua adesão até a finalização da profilaxia no período recomendado (Brasil, 2012).

O esquema recomendado para as crianças também inclui dois ITRN e um IP/r, sendo composto por zidovudina + lamivudina + lopinavir/ritonavir. Nos casos de intolerância ao AZT, a estavudina é o ITRN alternativo para substituí-lo, sempre combinado com a lamivudina. Caso exista intolerância ao LPV/r, o FPV/r deve ser indicado para maiores de seis anos de idade e FPV (sem booster de ritonavir) para menores de seis anos de idade (Brasil, 2012).

Conclusão

A utilização da quimioprofilaxia após exposição sexual ao HIV nos casos de abuso sexual não deve ser feita como rotina e aplicada a todas as situações. Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao grau de risco da agressão, o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência, aconselhamento adequado nas diferentes situações. A profilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido.

A profilaxia não está recomendada no caso de violência sexual em que apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor devido à possibilidade da contaminação já ter ocorrido no passado, e nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual.

O esquema de primeira escolha deve combinar dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), como a zidovudina (AZT) associada à lamivudina (3TC) e a um inibidor da protease adicionado de ritonavir (IP/r) coformulado, como o lopinavir/ritonavir (LPV/r). Nos casos

de intolerância ao AZT, o tenofovir é uma alternativa para compor o esquema com 3TC e um IP/r, porém sua utilização deve ser reservada para impossibilidade de indicação de timidínicos, devido à menor experiência de uso durante o primeiro trimestre gestacional.

Em situações de intolerância ao LPV/r, o tenofovir deve ser considerado devido a sua maior comodidade posológica, perfil mais favorável em relação a efeitos adversos, o que contribui para sua adesão até a finalização da profilaxia no período recomendado.

Contudo é necessário que mais estudos sejam feitos principalmente de como descentralizar as informações inerentes a quimioprofilaxia desde as condições para utiliza-la até os fármacos utilizados, pois a quantidade de artigos publicados ainda é escassa para que seja trabalhada essa temática de grande relevância para medicina. Além disso, os artigos encontrados na pesquisa foram elaborados em centros de referência e em instituições de ensino de alto porte, enquanto em centros menores não foram encontradas publicações nessa temática, induzindo-se a pensar que os profissionais e a população em geral tem pouco acesso a esse assunto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al . **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013.

MATTAR, Rosiane et al . **Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 459-464, fev. 2007.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki et al . **Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 701-713, abr. 2011.

REALIZAÇÃO:  CNPq

