

Reunião sobre Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV

Carla de Castro Gomes



Reunião sobre Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV

Carla de Castro Gomes

Data da reunião: 7 de dezembro de 2010

Local: Sede da ABIA, Rio de Janeiro/RJ

Participantes: Gestores e profissionais de instituições públicas de saúde de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro e representantes de ONGs

Relatora: Carla de Castro Gomes (ABIA)

Revisão: Denise Pires e Débora Fontenelle (Gerência de DST/AIDS e Hepatites/SESDEC/RJ)

Rio de Janeiro, 2011



RELATORIA

Copyright @ ABIA, 2011

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Av. Presidente Vargas, 446/13º andar - Centro

20071-907 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2223-1040 Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@abiaids.org.br www.abiaids.org.br

Diretoria

Diretor-presidente: Richard Parker

Diretora vice-presidente: Regina Maria Barbosa

Secretário-geral: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Tesoureiro: Francisco Inácio Pinkusfeld de Monteiro Bastos

Membros do conselho: Fernando Seffner, Jorge Beloqui,
José Loureiro, Luis Felipe Rios, Michel Lotrowska, Miriam Ventura,

Ruben Mattos, Simone Monteiro, Valdiléa Veloso e Vera Paiva

Coordenação-geral: Veriano Terto Jr. e Cristina Pimenta

Projeto gráfico:

Wilma Ferraz

Tiragem:

10 exemplares

Impressão:

Tesouro Laser

Apoio:



schorer®



É permitida a reprodução total ou parcial desta publicação,
desde que citada a fonte e a autoria.

1. Objetivos	4
2. Diagnóstico	5
3. Estratégias	8
4. Proposições	11

SUMÁRIO

1. Objetivos

Em outubro de 2010, o Ministério da Saúde publicou o Suplemento III das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV-2008, sobre Profilaxia (pós-exposição sexual, ocupacional e pós-violência sexual) e Planejamento da Reprodução (nota técnica 284/2010)¹.

Para debater o tema em âmbito local foi realizada uma reunião que promoveu a troca de experiências entre gestores e profissionais de instituições públicas de saúde de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro e representantes de ONG² acerca das recomendações para a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV.

¹ A nota técnica de publicação do Suplemento III pode ser acessada em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/nota-tecnica-2842010>>.

² Estavam presentes representantes da ABIA, do Grupo Pela Vidda e do Fórum de ONG/AIDS do Estado do Rio de Janeiro.

Os participantes discutiram esta parte do Suplemento e compartilharam dificuldades, estratégias e propostas para sua implementação em suas experiências cotidianas.

A reunião foi uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com colaboração da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Com mais de 20 anos de experiência, a ABIA atua na mobilização da sociedade para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, na luta por acesso a tratamento e assistência e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV e AIDS. A ABIA vem atuando também no acompanhamento das políticas públicas, na formulação de projetos de educação e prevenção ao HIV/AIDS, e no acesso à informação em HIV/AIDS. A instituição promove e acredita no trabalho intersetorial e interdisciplinar, envolvendo a sociedade civil, o sistema de saúde público, a academia, com a participação ativa de usuários e gestores.

2. Diagnóstico

Os participantes relataram que a demanda por profilaxia pós-exposição sexual já existe desde antes da publicação do Suplemento. Na maioria das vezes, é atendida através de canais informais, pela ativação de redes pessoais. Não há ainda práticas formais e consolidadas para garantir este tipo de procedimento. De forma geral, os participantes identificaram o seguinte panorama:

Panorama geral

- A profilaxia pós-sexual é considerada um avanço nas políticas voltadas para o HIV/AIDS. O foco das políticas e pesquisas sempre foi a prevenção pré-exposição (comportamental, estrutural, biomédica, métodos de barreira). Agora, avançou-se na intervenção após a relação sexual. Pesquisas confirmam que o medicamento diminui consideravelmente o risco de transmissões em relações desprotegidas.
- Há uma banalização da questão da epidemia de HIV/AIDS. O direito de acesso universal à medicação é uma conquista importante, mas, no entanto, ainda é necessário lutar por medicamentos. Assim, a oferta de profilaxia deve estar articulada à luta mais ampla por políticas de prevenção. Prevenção não é só remédio. Abarca a subjetividade dos indivíduos, a sua implicação no cuidado de si e a humanização do tratamento e acolhimento por parte das instituições sociais. A oferta de profilaxia não deve eclipsar esses princípios.
- Há questionamentos sobre o impacto da oferta da profilaxia nas práticas convencionais de prevenção, como o uso da camisinha. Três visões puderam ser identificadas entre os participantes: alguns acham que a oferta desestimulará o uso da camisinha; outros pensam que o medicamento e uso da camisinha não devem ser vistos como opções concorrentes; outros acreditam que o medica-

mento estimula o uso do preservativo e o cuidado de si. A qualidade do acolhimento dispensado pelos profissionais terá impacto importante aqui, podendo estimular ou não a noção de cuidado de si.

- A oferta da profilaxia pós-exposição sexual expõe os problemas da rede de atenção. Há carência generalizada de recursos humanos, materiais e estruturais. Os serviços de emergência da região metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente, não oferecem serviços de profilaxia. Os municípios pequenos são os mais precários. Há dificuldade de articulação da rede de serviços, especialmente emergências e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A oferta da profilaxia torna-se, nesse contexto, uma tarefa árdua e desafiadora. O estado sozinho não pode solucionar todos os problemas e necessita consolidar parcerias com municípios e organizações civis.

Dificuldades e desafios para a implementação da oferta de profilaxia pós-sexual:

- As capacitações para profissionais da saúde realizadas até o momento tiveram como foco o atendimento de gestantes, de mulheres

vítimas de violência sexual e de profissionais que sofreram acidentes ocupacionais.

- Como implementar o aconselhamento em grandes hospitais de emergência, onde a rotina é estressante e há casos que serão considerados mais graves?
- Há falta de consenso entre profissionais da saúde, inclusive entre os participantes da reunião, sobre quais casos devem receber a profilaxia. O Suplemento contém um quadro que cruza dois grupos de variáveis: o tipo de exposição sexual e o status sorológico conhecido ou presumido do(a) parceiro(a)³. A partir desses cruzamentos e de suas respectivas estimativas de risco, a

³ **Quadro 1.** Tipo de exposição sexual e risco transmissão após contato com pessoa soropositiva para o HIV: "Penetração anal receptiva"; "penetração vaginal receptiva"; "penetração vaginal insertiva"; "penetração anal insertiva"; "sexo oral receptivo". Status sorológico do parceiro(a): Sabidamente HIV positivo(a); de sorologia desconhecida/população de "alta prevalência" (usuário de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo); de sorologia desconhecida/população de "baixa prevalência" (não pertencente a nenhum dos grupos acima).

tabela determina se a profilaxia deve ser “recomendada”, “considerada” ou “não recomendada”. Os participantes discutiram a tabela e avaliaram que ela não é suficiente para selecionar, com segurança, os casos que devem ou não receber profilaxia. Uma avaliação e aconselhamento cuidadosos são necessários, caso a caso, para definir os riscos de transmissão e a necessidade de profilaxia. No entanto, os participantes consideraram que faltam recursos de toda ordem para garantir isso e que, frequentemente, há preconceitos e julgamentos de ordem moral envolvidos na avaliação. Eles prevêem, por exemplo, que profissionais do sexo, travestis e transexuais terão dificuldades para serem atendidos(as), bem como as pessoas cuja exposição não tenha ocorrido no contexto de uma “relação estável” (ex: pessoas que “estavam na gandaia”, pessoas que fazem sexo sem camisinha). Os casais sorodiscordantes, ao contrário, parecem constituir os candidatos mais “legítimos” para este tipo de procedimento, seja por razões morais (ideais de conjugalidade), seja por razões técnicas (presença de alto risco e de informações

prévias que facilitam a administração dos medicamentos).

- Passada a fase da seleção de casos, há também muitas dúvidas sobre os procedimentos médicos em si: que medicamentos devem ser administrados, em que casos deve haver substituição de algum medicamento, o que fazer em caso de reações adversas graves etc.

Há normas estabelecidas para a liberação dos medicamentos junto ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Na maioria das instituições apenas os médicos estão autorizados a receitar e liberar as drogas e os exames. No entanto, há serviços que não contam com médicos disponíveis 24 horas. Considerando que a medicação deve ser iniciada em até 72 horas após a relação sexual, esse é um problema grande.

Os participantes sentem-se apreensivos quanto à oferta de medicamentos. Prevêem que a nova recomendação irá estimular um grande aumento da demanda, especialmente em épocas como o carnaval, e temem não haver medicamentos e profissionais suficientes.

3. Estratégias

Diante desse panorama, os participantes identificaram as seguintes estratégias:

Estratégias gerais

- Coordenar ações para garantir o direito ao acesso aos medicamentos e definir a melhor forma de utilização da estrutura de serviços já existente.
- Articular, através das ONG, atuações junto ao Ministério Público.
- Articular uma rede que garanta o fluxo de atendimento. Cada município precisa encontrar soluções próprias para articular redes.
- Identificar, capacitar e sensibilizar profissionais para fazer o acolhimento, atendimento e o aconselhamento. A capacitação deve ir além da portaria e do quadro 1 sobre o tipo de exposição sexual e risco transmissão após contato com pessoa soropositiva para o HIV acima referido. É necessário que os profissionais sejam/estejam sensibilizados para esse tipo de demanda, a fim de garantir um atendimento humanizado e evitar exclusões. Esses profissionais agirão como multiplicadores para outros profissionais da rede.
- Reforçar o caráter complementar e abordagem equilibrada entre práticas sexuais seguras e o emprego de antirretrovirais.
- De acordo com a realidade de cada município, o Programa de Saúde da Família (PSF) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) devem ser incluídos no fluxo de atendimento. Seus profissionais devem ser capacitados para oferecer pré-atendimento e informações aos usuários, encaminhando-os em tempo hábil às instituições da rede local. Espera-se que atuem também como multiplicadores comunitários em prevenção, profilaxia e adesão ao tratamento do HIV/AIDS.

- É necessário definir protocolos padrões para homogeneizar o atendimento nos municípios, respeitando, ao mesmo tempo, suas particularidades e redes próprias. Os protocolos são necessários também para reduzir a margem de vieses pessoais no atendimento (opiniões particulares, preconceitos e julgamentos morais).
- Os participantes consideram importante tomar para si o papel de fiscalizar o cumprimento da norma.

Estratégias sobre protocolos de atendimento:

- Há a possibilidade de criar um protocolo específico dentro de cada unidade para permitir que outros profissionais, como enfermeiros e farmacêuticos, tenham mais autonomia para disponibilizar medicamentos e exames no atendimento inicial quando não houver médico disponível para este atendimento. Os participantes reforçam que o profissional capacitado para prescrever antirretrovirais e controlar efeitos adversos é o médico. Entretanto, o que se discute aqui é a possibilidade de que enfermeiros possam prescrever apenas o kit emergen-

cial, cuja administração duraria somente três dias, com a garantia de que o usuário seja atendido posteriormente por um médico da rede a fim de dar seguimento ao caso.

- Na prática, o teste rápido anti-HIV não será condicionante para a oferta de profilaxia. Como já acontece em casos de acidente ocupacional, o usuário deve iniciar a medicação imediatamente, antes de ter acesso ao resultado do teste. Se posteriormente, o teste indicar que o usuário já era soropositivo, o tratamento deverá ser reformulado.
- Nem todas as unidades de saúde terão condições de oferecer a profilaxia. Mas devem estar articuladas às unidades que a oferecem. É necessário, então, definir as responsabilidades de cada unidade no fluxo de atendimento. Por exemplo, se uma unidade não tem o kit de profilaxia ou profissionais disponíveis, deve recorrer à outra unidade. De posse dos medicamentos, a primeira unidade poderá, se tiver condições, responsabilizar-se pelo acompanhamento: prescrever exames, atentar para os efeitos colaterais, alterar a medicação. Caso isso não seja possível, o usuário deverá ser

encaminhado para outra unidade que esteja oferecendo esse serviço. Tudo isso requer que articulações de rede sejam devidamente estruturadas, para garantir que o atendimento emergencial e o acompanhamento sejam feitos.

- O kit que vai estar disponível nas unidades é um kit padrão, com a mesma combinação básica de medicamentos. No primeiro momento, portanto, não será possível adequar os medicamentos às necessidades de cada paciente. Somente depois dos exames no paciente (e avaliação do paciente-fonte, se for o caso) será possível fazê-lo, provavelmente em unidades especializadas.
- Os profissionais de saúde devem estar preparados para dar informações aos usuários e orientá-los a conhecerem a sua carga viral.
- As equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) devem ser capacitadas para fazer apenas

o primeiro acolhimento, e não a medicação (o que, na opinião dos participantes, seria um excesso de atribuições, além de arriscado). Os profissionais do PSF devem tomar conhecimento de que esta tecnologia está disponível na rede e divulgá-la. Devem estar conscientes de que este é um procedimento que requer rapidez. Seu papel é fazer uma triagem e encaminhar as demandas o mais rápido possível às unidades responsáveis. Isso requer, mais uma vez, articulação de rede.

- É necessário estudar melhor como será o protocolo de atendimento aos adolescentes. Por um lado, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) lhes garante o direito ao medicamento, sem necessidade de estar acompanhado por um adulto. Por outro lado, os responsáveis adultos podem questionar a medicação, especialmente porque há efeitos colaterais que podem ser graves.

4. Proposições

- Definir estratégias regionais para articulação de redes.
- Fazer um mapeamento da rede já existente, identificando as unidades que já oferecem profilaxia pós-exposição ocupacional e decorrente de violência sexual, e que devem receber preferencialmente a nova demanda.
- Elaborar uma cartilha individual de bolso para os profissionais de saúde, contendo os protocolos básicos de atendimento. A cartilha deve aproximar-se do modelo já existente de cartilhas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Deve ser concisa e conter informações básicas de profilaxia: critérios de avaliação de risco, melhores opções de medicamentos em casos de acidentes ocupacionais e exposição sexual, alternativas de medicamentos (em casos de intolerância ou contraindicação de alguma substância). Deve conter os endereços de unidades aptas a atender a demanda (enquanto a rede é construída), os telefones da secretaria de estado e um espaço para colar uma etiqueta com os números locais de cada município. Deve conter também perguntas e respostas mais frequentes e esclarecer sobre os efeitos adversos. Deve ser elaborada conjuntamente pelos participantes, via fórum de emails. Deve ser distribuída também nos PSF.
- Elaborar um adesivo com a tabela apresentada na portaria. Este adesivo deve estar disponível nas paredes das unidades.
- Capacitações devem ser feitas nas emergências e UPA, pois são portas de entrada do sistema. Para isso, é necessário identificar médicos já capacitados e sensibilizados que deverão ir às unidades durante as trocas de plantões, para abarcar o máximo de profissionais. As capacitações não devem ser longas e devem ser feitas

dentro do horário de trabalho dos profissionais. As capacitações devem incluir aconselhamento e operacionalização do teste rápido. É necessário elaborar diferentes tipos de capacitação para diferentes grupos de profissionais (enfermeiros, médicos, assistentes sociais etc.).

- Fazer capacitação/atualização de coordenadores de DST/AIDS sobre profilaxia para acidente ocupacional e pós-exposição sexual. Esta capacitação pode ser feita via fóruns regionais.
- Também o fórum de ONG/AIDS deve receber capacitação. Os ativistas das ONG devem

conhecer e multiplicar informações sobre serviços disponíveis e procedimentos de atendimento. Como multiplicadoras de informações, as ONG se integram à rede de atendimento.

- Os PSF devem ser orientados a dar atenção especial às DST e à prevenção do HIV/AIDS. Os participantes propõem também estudar a possibilidade de disponibilizar teste rápido anti-HIV nos PSF.
- Estabelecer um prazo para coordenadores/aconselhadores darem um *feedback* oficial sobre propostas e encaminhamentos em seus municípios.

APOIO

