

## A CIRCUNCISÃO MASCULINA ESTÁ ASSOCIADA A UM MENOR RISCO DE INFECÇÃO PELO VIH

Sawires SR, Dworkin SL, Fiamma A, Peacock D, Szekeles G, Coates TJ. Male circumcision and HIV/AIDS: challenges and opportunities. *Lancet* 2007 Feb 24; 369 (9562): 708-13. Disponível em: URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603237/fulltext>

[acedido em 27/04/2007] – Necessário efectuar registo *on-line* grátis.

Em Dezembro de 2006, os Institutos Nacionais de Saúde (NHI) dos EUA anunciaram o término prematuro de dois ensaios clínicos aleatorizados e controlados sobre circuncisão masculina, levados a cabo em África – no Quênia e no Uganda – baseado em evidências provisórias que sugerem que a circuncisão masculina fornece um benefício protector contra a infecção pelo VIH (de 53% entre os 2.784 quenianos e de 51% entre os 4.996 ugandeses envolvidos nos respectivos estudos).

Estes ensaios apenas confirmaram os resultados já obtidos num ensaio clínico aleatorizado e controlado, anteriormente realizado na África do Sul, onde tinha sido reportado um benefício protector superior a 50% da circuncisão masculina. Esta evidência de associação entre circuncisão masculina e menor risco de infecção por VIH já havia também sido levantada em várias revisões sistemáticas e meta-análises de estudos observacionais.

Todos estes estudos fornecem ainda evidências de que a circuncisão masculina está também associada a menor risco de infecções do tracto urinário, doenças ulcerativas genitais, cancro peniano, e existe ainda uma possível redução na transmissão do vírus da papilomatose humana (HPV).

Nas áreas onde a infecção pelo HIV-1 se constitui como uma epide-

mia generalizada, a circuncisão masculina poderia ter um dramático efeito de salvar vidas ao nível populacional. É referido que os sul-africanos com 15 anos têm uma probabilidade de 56% de morrerem antes de completar 60 anos; há 10 anos atrás, essa probabilidade era de 29%. Referem ainda que um terço das mulheres entre os 25 e 29 anos de idade estão infectadas, enquanto que 19% da população trabalhadora (dos 20 aos 64 anos) é VIH positivo.

Os autores calcularam que a implementação da circuncisão masculina em larga escala teria o potencial de prevenir 2 milhões de novas infecções pelo VIH e 300.000 mortes nos próximos 10 anos. Após os 10 anos subsequentes, um adicional de 3,7 milhões de infecções por VIH e 2,7 milhões de mortes poderiam ser prevenidas. Além disso, a combinação da circuncisão masculina com as conhecidas estratégias de diminuição das taxas de transmissão reduziria ainda mais novas infecções. Em comunhão com a grande prevalência de VIH, a análise de custos não se limita à prevenção da infecção pelo VIH e aos custos de tratamento associados (se existentes), mas aos benefícios económicos obtidos pelos países ao manter a saúde dos seus grupos populacionais mais produtivos.

Em regiões onde o VIH não é uma epidemia generalizada e o acesso a antiretrovíricos, preservativos e a mais cuidados médicos de rotina é maior, a circuncisão masculina pode ter relevância para outros benefícios de saúde, e os riscos associados devem ser tidos em conta. Para a população em geral, a circuncisão masculina pode ter impacto populacional e de custo-benefício através da diminuição das infecções do tracto urinário, da transmissão do HPV

(e do cancro do colo do útero), e da incidência das doenças ulcerativas genitais. Pode também ter importância crítica em segmentos específicos da população que são desproporcionadamente sobrecarregados com doenças sexualmente transmissíveis, onde as taxas de circuncisão são baixas e a prevalência de VIH é alta.

De seguida os autores identificam os desafios e as oportunidades que, segundo eles, estão subjacentes à utilização da circuncisão masculina como uma estratégia de prevenção, pretendendo assim encorajar a discussão e assegurar que os mesmos não serão esquecidos quando existirem novos conhecimentos médicos. Desejam, em última instância, que ocorram as mudanças necessárias para assegurar que a circuncisão masculina possa ser usada como uma intervenção de prevenção do VIH, e que sejam dados os passos correctos para que seja implementada de uma forma ética e efectiva.

No que concerne à aceitabilidade da circuncisão masculina, referem que a média de aceitação foi de 65% entre homens e de 69% entre as mulheres, e que 81% dos inquiridos estavam dispostos a circuncisar as suas crianças de sexo masculino. O preço, a dor, e a ausência de complicações eram preocupações universais e precisam de ser contemplados na realização de campanhas de circuncisão masculina.

Como o benefício da circuncisão masculina é relativo, não absoluto, o desafio será o de criar estratégias de comunicação que reforcem claramente este ponto. Referem que os recentes desenvolvimentos na circuncisão masculina apresentam uma oportunidade para desenvolver inovadoras mensagens de prevenção, reforçando a necessidade de encorajar as pessoas a utilizar todas as fer-

ramentas de prevenção à sua disposição.

Outro dos pontos referidos é que o risco tem diferentes significados para diferentes grupos de pessoas. A percepção de risco é socialmente construída e culturalmente embebida nos grupos, e a percepção do risco individual é percebida desta forma. Os desenvolvimentos trazidos por estes estudos apresentam uma oportunidade de reexaminar o perfil de risco-benefício das intervenções para as áreas de alta prevalência e não pode ser esquecido que a redução do dano deve ser compreendida em termos de riscos de saúde específicos regionais.

Frequentemente, a prevenção do VIH dicotomiza uma estratégia em detrimento de outra – i.e., preservativos *vs* redução de parceiros, tratamento para doenças sexualmente transmissíveis *vs* antiretrovíricos para reduzir a carga viral. Por isso, segundo os autores, a circuncisão masculina fornece a oportunidade para dar um passo em frente no pensamento dicotómico vigente, permitindo uma discussão sobre a prevenção do VIH que abranja todas as estratégias baseadas na evidência. Qualquer iniciativa tem de ter em conta o facto de a circuncisão masculina ir ser introduzida num ambiente de prevenção complicado. Menos de um em cinco dos que possuem alto risco para a infecção por VIH têm acesso a intervenções de prevenção efectivas. Dentro deste contexto, é inteiramente possível que a circuncisão masculina seja aclamada como a nova grande intervenção, compensando os substanciais falhanços das estratégias de prevenção, quando de facto essas estratégias nunca foram completamente implementadas.

Outro dos desafios prende-se com as potenciais implicações éticas do

excesso de confiança nas soluções biomédicas à custa da equidade, justiça social e missões dos direitos humanos. Com a circuncisão masculina a mostrar ser protectora contra a infecção pelo VIH, surge a oportunidade de revigorar a discussão sobre género, desigualdade sócio-económica, acesso a cuidados de saúde e estigma, e a desenvolver estratégias concretas para endereçar esses importantes factores de *background* na implementação de estratégias biomédicas para os progressos na prevenção do VIH.

Os modelos matemáticos defendidos por estes autores sugerem que diminuindo a incidência global da transmissão mulher-homem diminuirão as taxas de prevalência para ambos os sexos, resultando na redução da transmissão homem-mulher. Outros estudos sugerem que, controlando a carga viral nos homens VIH-positivos, se pode reduzir a transmissão às suas parceiras. A circuncisão masculina combinada com a supressão da carga viral pode reduzir dramaticamente as taxas de incidência em homens e mulheres. No entanto, o grau em que a circuncisão masculina irá beneficiar as mulheres como uma intervenção de prevenção, ou potencialmente aumentando o seu risco de infecção como resultado da desinibição comportamental é incerto e é uma preocupação crescente. O seguimento do efeito da circuncisão masculina em ambos os sexos poderá assim oferecer a oportunidade aos sistemas de saúde de atrair casais para falar sobre risco, protecção e sexualidade, mais do que confiando nas abordagens preventivas centradas na mulher ou no homem.

No que concerne às práticas culturais e religiosas, a circuncisão masculina oferece a oportunidade para realinhar com grupos étnicos e

religiosos porque muitos destes grupos nunca se sentiram muito confortáveis com a prevenção do VIH, podendo a circuncisão masculina providenciar novas vias para o diálogo. Existem, espalhados por todo o mundo, muitos grupos com histórias sociais diferentes e que praticam a circuncisão masculina por razões religiosas ou étnicas. Apesar de os três ensaios que demonstram o efeito protector contra a infecção por VIH terem sido realizados em África, a potencial aplicação da circuncisão masculina em áreas com epidemias rapidamente emergentes onde a principal forma de transmissão é heterossexual, requererá cuidado e avaliação imediata da aceitabilidade religiosa e cultural local. A necessidade de encontro é especialmente crítica em regiões onde a circuncisão masculina possa não ter significado religioso ou cultural.

Relativamente à altura correcta para circuncisar, a circuncisão neonatal é considerada segura e substancialmente menos cara que as circuncisões em adolescentes ou adultos. Se a circuncisão masculina provar ser efectiva e apenas for levada a cabo em recém-nascidos, levará pelo menos uma geração até que ocorra um efeito de nível populacional. Uma intervenção num adulto levanta importantes questões relacionadas com as capacidades dos sistemas de saúde, com o aumento de complexidade do procedimento, maiores taxas de complicações e maiores despesas. Gerir complicações e os custos associados em sistemas pobres em recursos levanta também preocupações. Ao mesmo tempo é eticamente discutível comprometer a integridade corporal de uma criança por uma causa que poderá não a afectar durante vários anos.

Outro dos pontos focados levan-

ta a questão da circuncisão masculina poder levar a um aumento da prática da mutilação genital feminina (circuncisão feminina), especialmente em locais onde as duas práticas são feitas, podendo reverter décadas de trabalho contra os efeitos que estas práticas causam em meninas e mulheres. Além de uma infeliz similitude no nome dos procedimentos, a circuncisão masculina e a circuncisão feminina não possuem benefícios em saúde comuns. A mutilação genital feminina não tem benefícios médicos, e pode mesmo promover a aquisição e transmissão de doenças. Várias componentes devem ser agregadas às intervenções da circuncisão masculina para assegurar que os participantes não acreditem que benefícios similares podem ser obtidos com a mutilação genital feminina. Uma possibilidade é introduzir serviços de aconselhamento conjunto para os homens e as suas parceiras durante o processo de consentimento. Adicionalmente, a circuncisão masculina pode ser integrada nos serviços de saúde reprodutivos, providenciando-se quer a circuncisão, quer o planeamento familiar, mas distinguindo as duas práticas.

Embora a circuncisão pareça fornecer numerosos benefícios médicos a longo prazo, não é isenta de riscos. A avaliação dos benefícios pessoais e de saúde pública *versus* risco relativo pode diferir dramaticamente devido a factores de confundimento específicos regionais. Segundo os autores, nas regiões em que uma alta prevalência de infecção por VIH expõe a população a riscos que têm um efeito devastador em sociedades inteiras, os riscos associados com a circuncisão masculina podem ser compensados com as vidas potencialmente salvas. Complicações associadas com a circuncisão mascu-

lina dependem de múltiplos factores, como a idade a que o procedimento é feito, o treino do pessoal que realiza o procedimento, a disponibilidade de instrumentos e o nível de esterilidade em que a cirurgia é feita.

No ensaio sul-africano, em que as circuncisões eram feitas por pessoal treinado sob condições monitorizadas de perto, 3,8% dos homens apresentou complicações imediatamente após a cirurgia, e nos 18 meses de *follow-up* esta proporção tinha caído para menos de 1%. Referem também que em certas partes da África sub-sahariana estão bem documentados números inaceitavelmente altos de complicações provenientes de circuncisões tradicionais, mas que as complicações não estão limitadas às circuncisões tradicionais, sendo possível responsabilizar também pessoal médico mal treinado.

Outro dos desafios referidos é que a implementação da circuncisão masculina pode imediatamente limitar os recursos dos sistemas de saúde de muitos países, especialmente daqueles que mais precisam. Uma intervenção destas em larga escala exige inicialmente recursos humanos e financeiros substanciais. Embora a obtenção de altas taxas de circuncisão possa ser benéfica, não o pode ser feito à custa das estratégias de prevenção de outras doenças – cuidado pré-natal, controle da malária ou nutrição. Segundo o acordado internacionalmente, todas as mulheres devem dar à luz em instalações de saúde, oferecendo a circuncisão masculina aos bebés em clínicas, não desviando assim os recursos dos esforços actuais, podendo ser uma estratégia com múltiplos benefícios. Os níveis de competência básica devem ser estabelecidos em conjunto com mecanismos que certifiquem que o pessoal é capaz de

atingir esses padrões. Este tipo de modelo já está a acontecer na África do Sul, onde os circuncisadores tradicionais são certificados para realizar circuncisões masculinas seguras e muitos mais anseiam por trabalhar com médicos e enfermeiras.

Os autores chamam ainda a atenção para a oportunidade de acabar com os estereótipos sobre os homens africanos, que apenas servem para fomentar uma perspectiva negativa sobre a sua sexualidade e intensificar percepções erradas de depravação moral e formas comuns de pensar as relações de género. Os homens africanos têm vindo a ser conotados como vectores de doença, não se preocupando com outros, espalhando doenças e violência e negligenciando a família. Sob a superfície de muitas discussões sobre VIH – especialmente sobre o VIH na África sub-sahariana – fica a percepção que as pessoas em certas regiões ou países são mais promiscuas, mais cruéis, menos empáticas ou menos morais. Os dados dos ensaios da circuncisão masculina fornecem uma oportunidade para dirigir a necessidade de melhorar a equidade de género, já que será um longo caminho para resolver algumas das dinâmicas mais poderosas da transmissão do VIH. Examinar a falta de isenção que homens e mulheres enfrentam, e desenvolver programas que lutem contra as desigualdades estruturais continuará a ser importante. Será necessária vigilância para evitar as armadilhas da individualização dos problemas ou das soluções que põem os homens contra as mulheres.

Como corolário sugerem que devem ser dados passos imediatos para angariar parceiros que avaliem a potencial implementação da circuncisão masculina. Referem que a evidência que suporta a hipótese de

a circuncisão dos homens infectados pelo VIH reduzir a transmissão às suas parceiras ainda não existe. Mas devido ao facto de os 3 ensaios apresentarem dados similares e convincentes, a pressão para uma implementação alargada da circuncisão masculina irá começar, especialmente nas áreas de maior prevalência onde a principal transmissão do VIH é por contacto sexual pénis-vagina.

Questões serão levantadas sobre os benefícios da circuncisão masculina para epidemias concentradas – i.e., aquelas que ocorrem na Índia, China, muitas partes da América Latina, Europa, Austrália, Nova Zelândia e os EUA – e especialmente quando estas epidemias envolvem maioritariamente homossexuais masculinos, onde o maior risco de transmissão não é para o parceiro introdutor (e que pode beneficiar da circuncisão masculina), mas para o parceiro receptor durante o sexo anal. Outras questões continuarão a levantar-se acerca dos benefícios da circuncisão infantil *versus* circuncisão adolescente ou do adulto. Manter-se-ão as controvérsias relativamente ao facto de a circuncisão masculina ser mutilação ou se é justificada por razões culturais, religiosas ou de saúde.

Então o que se segue? Segundo os autores, a discussão do desenvolvimento dos planos nacionais estratégicos para a circuncisão masculina em países com taxas de prevalência altas para o VIH deve ser encorajada. Estes planos devem incluir uma avaliação da capacidade corrente, o desenvolvimento de uma vigilância sentinela única e mecanismos de reporte, linhas orientadoras claras em padrões básicos de cuidados, planos para triagem de complicações, objectivos mensuráveis, análise de custos e avaliação espe-

cífica das práticas internas dos grupos étnicos. O desenvolvimento desses planos deve incluir os praticantes tradicionais e os grupos religiosos. A pesquisa das dinâmicas culturais e étnicas deve ser encorajada.

A viabilidade de serviços de reprodução compreensivos, abrangendo tanto homens como mulheres, e que incluam as condições para a circuncisão masculina associada a aconselhamento, assim como planeamento familiar, aconselhamento e tratamento de infecções transmitidas sexualmente, o fornecimento de preservativos, aparelhos de contracepção e serviços de aconselhamento e teste voluntários devem ser avaliados.

Em resumo, a circuncisão masculina é a estratégia de prevenção baseada na evidência mais convincente a surgir desde o aparecimento dos resultados dos ensaios clínicos sobre transmissão vertical mãe-filho. Todos os responsáveis devem fazer com que esta estratégia que pode salvar vidas seja possível de ser custeada e disponibilizada em segurança para as populações que suportam o pesado fardo da infecção pelo VIH.

Guilherme Ribeiro

Serviço de Saúde Pública do Concelho de Espinho

Sub-Região de Saúde de Aveiro