

Mandala da Prevenção Combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento da epidemia de IST, aids e hepatites virais em Pernambuco

Mandala of Combined Prevention: pedagogical tool to face the STI, AIDS and viral hepatitis epidemic in Pernambuco

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva

Enfermeiro Sanitarista, Mestre em Saúde Pública pelo IAM/FIOCRUZ-PE.
Coordenador de Prevenção do Programa Estadual de IST, Aids e HV de Pernambuco.
E-mail: jonatanwillian22@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-5640-8481

Maria Eduarda Pereira de Almeida

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco (UPE).
E-mail: almeiidaduda@hotmail.com

André dos Santos Souza

Biomédico, Pós Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento – PRODEMA.
Apoiador Institucional de Vigilância em Saúde – IST de Pernambuco.
E-mail: andresantos.etno@gmail.com

Isabella Montalvão Vieira

Enfermeira. Coordenadora de Assistência do Programa Estadual de IST, Aids e HV de Pernambuco.
E-mail: bellamontalvao@gmail.com

Debora Lima Veras

Enfermeira Sanitarista, Técnica de vigilância do Programa Estadual de IST, Aids e HV de Pernambuco.
E-mail: deboralveras@gmail.com

Camila de Farias Dantas

Enfermeira Sanitarista, Mestre em Saúde Pública pelo IAM/FIOCRUZ-PE. Gerente do Programa Estadual de IST, Aids e HV de Pernambuco.
E-mail: deboralveras@gmail.com

Resumo

Objetivo: Apresentar a mandala da prevenção combinada de Pernambuco, como um recurso didático-pedagógico para o desenvolvimento das políticas de prevenção combinada às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e Hepatites Virais (HV). **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelo Programa Estadual de IST, Aids e HV para construção e implementação da mandala de prevenção combinada na rede de serviços de Pernambuco. **Resultados:** Construída a partir de oficinas temáticas com o corpo técnico e especializada do Programa Estadual, a mandala congrega 13 tecnologias, dispostas em círculo, com cores específicas, desenhos ilustrativos e redação que dialoga tanto com o trabalhador quanto com o usuário. Sua

divulgação foi feita por meio de cartazes, folders, oficinas para formação de multiplicadores e rodas de conversas com os trabalhadores da saúde e usuários do estado, com vistas a sua disseminação e utilização no gerenciamento de risco em torno das IST, aids, HV e seu enfrentamento. **Conclusão:** A utilização de recursos didáticos facilita a apreensão e divulgação das tecnologias existentes da prevenção combinada, ofertando uma ferramenta pedagógica para a realização do gerenciamento de risco dos usuários atendidos pelos profissionais da rede de serviços. A mandala contribui para a efetivação da prevenção combinada no âmbito estadual, proporcionando avanço no diálogo e efetivação da política de prevenção na rede de serviços do SUS.

Palavras-chave: Prevenção Primária; Educação em Saúde; Síndrome de imunodeficiência adquirida.

Abstract

Objective: To present the combined prevention mandala of Pernambuco, as a didactic-pedagogical resource for the development of policies for the combined prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs), AIDS and Viral Hepatitis (HV). **Method:** Descriptive study, of the type of experience report, carried out by the State Program for STI / AIDS / HV for the construction and implementation of the combined prevention mandala in the Pernambuco service network. **Results:** Built from thematic workshops with the technical and specialized staff of the State Program, the mandala gathers 13 technologies, arranged in a circle, with specific colors, illustrative drawings and writing that dialogues with both the worker and the user. Its disclosure was made through posters, folders, workshops for training multipliers and conversations with health workers and users in the state, with a view to its dissemination and use in risk management around STIs, AIDS, HV and coping. **Conclusion:** The use of teaching resources facilitates the apprehension and dissemination of the existing technologies of combined prevention, offering a pedagogical tool to carry out the risk management of users attended by professionals in the service network. The mandala contributes to the effectiveness of combined prevention at the state level, providing advancement in dialogue and effective prevention policy in the SUS service network.

Keywords: Primary Prevention; Health education; Acquired immunodeficiency syndrome.

Introdução

Resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV, aids e das IST atingem todas as regiões e revela uma epidemia de múltiplas dimensões e transformações significativas de seu perfil epidemiológico¹. Primariamente caracterizada por uma epidemia inicialmente restrita a algumas metrópoles nacionais e marcadamente masculina, com foco na prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, a epidemia do HIV e aids depara-se com processos de heterossexualização, feminização, interiorização e da pauperização da epidemia².

Apesar de muitos avanços e conquistas, o enfrentamento das IST e em específico o HIV e aids continua sendo um desafio complexo, principalmente nas questões que envolvem a discriminação, estigma e preconceito, o que reflete diretamente nas atividades de prevenção³. Falar de prevenção das IST e aids significa necessariamente falar sobre sexualidade e sua abordagem dentro da contextualização das práticas sexuais. As relações de poder, de gênero, os tabus e as questões culturais são fatores contextuais que dificultam as discussões em torno da sexualidade e por consequente da prevenção e adoção de práticas sexuais mais seguras.

Um dos maiores obstáculos em torno da prevenção às IST é o predomínio universalista de intervenções baseadas unicamente na transmissão vertical de informações objetivas e indução racional, ou seja, a pretensão de generalização dos valores e preceitos técnicos e estratégicos,

desconsiderando a capacidade das pessoas de fazer suas escolhas apoiadas na sua própria compreensão de vida⁴.

A partir destas questões, apresenta-se a Prevenção Combinada (PC) como o caminho para implantação das políticas de prevenção às IST, aids e HV. A PC é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção, aplicadas em múltiplos níveis para responder às necessidades específicas dos segmentos populacionais e suas formas de transmissão⁵.

Nessa perspectiva, a disponibilidade de distintos métodos preventivos tem maior potencial para abranger diferentes grupos sociais, permitindo escolhas preventivas de acordo com contextos, necessidades e preferências. Como as pessoas e os grupos sociais são diversos em seus riscos e percepções, métodos com características diversas e que podem ser utilizados em diferentes momentos tendem a abranger um maior número de pessoas e situações⁶.

Mandala é uma palavra da língua sânscrita que significa círculo, falada na Índia antiga, uma representação geométrica dinâmica que congrega o conteúdo da essência⁷. O símbolo da mandala, representa a combinação das diferentes estratégias da prevenção combinada, transversalizadas em três tipos de abordagens (biomédicas, comportamentais e estruturais)⁵.

A partir da compreensão das dimensões da PC, destaca-se o caráter primordial que a Educação em Saúde possui para prevenção às IST assim como a promoção da saúde. Silva e Paula⁸ apontam em seu estudo, a necessidade dos profissionais de saúde no conhecimento de novos recursos e estratégias possíveis para trabalhar com o indivíduo e a comunidade, a fim de melhorar os resultados planejados no processo educativo.

Produzida a partir da mandala de Prevenção Combinada do Ministério da Saúde⁹, o objetivo do presente artigo é apresentar a mandala da prevenção combinada de Pernambuco, como um recurso didático-pedagógico estratégico no desenvolvimento das políticas de prevenção combinada e promoção do gerenciamento de risco em torno das IST, aids e HV.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência acerca do processo de construção e implementação da mandala de prevenção combinada pelo Programa Estadual de IST, Aids e HV na rede de serviços de saúde de Pernambuco.

A base teórica-metodológica utilizada na construção do estudo e da própria mandala foi a pedagogia crítica freiriana, ao qual coloca o sujeito e seu processo de aprendizado em uma prática dialética com a realidade. Nessa perspectiva, tem como base o diálogo e o respeito aos indivíduos, estimulando uma reflexão crítica da realidade e sua transformação¹⁰.

A Prevenção Combinada congrega várias tecnologias que podem ser usadas e combinadas para o gerenciamento das exposições e riscos em torno da transmissão das IST, Aids e HV. O Ministério da Saúde (MS) lançou sua mandala da Prevenção Combinada⁹ congregando 9 tecnologias que podem ser usadas para a prevenção e gerenciamento de risco. Em meados de junho de 2016, baseada na mandala do MS, foi lançado pelo Programa Estadual a primeira versão da mandala estadual (Figura 1), ao qual destacava 12 tecnologias para a prevenção do HIV e aids no Estado.

A partir da primeira versão, no ano de 2018, foi iniciado o processo de construção e implementação da nova mandala da prevenção combinada, ampliando e compreendendo a magnitude da PC, não só ao HIV e aids, mas para todas as IST e HV. A construção se iniciou a partir de uma oficina temática com os coordenadores e técnicos do Programa Estadual no mês de agosto de 2018. Com o objetivo de construção dos elementos e tecnologias que deveriam compor a mandala, foi lançado ao grupo o questionamento em torno do próprio conceito de prevenção e de suas tecnologias. A partir das

discussões produzidas, foi incentivado que os participantes discorressem sobre os elementos que deveriam estar na nova mandala, baseado nas tecnologias já presentes na mandala do MS e da primeira versão da mandala pernambucana.

As oficinas são configuradas como ferramentas ético-políticas privilegiadas, pois propiciam a criação de espaços dialógicos de trocas e a construção de outras possibilidades de sentidos acerca das temáticas em foco. São estratégias facilitadoras das trocas dialógicas e da construção de sentidos, cujos procedimentos metodológicos, articulam grupos focais, estratégias de dinâmica de grupo e rodas de conversa¹¹.

Durante a oficina foram elencados as tecnologias que deveriam fazer parte da nova mandala, de acordo com as necessidades observadas, as particularidades dos trabalhadores e usuários, assim como dos contextos sociais. Ancorado na perspectiva freiriana, a oficina foi conduzida num caráter humanizado, por meio de um diálogo que possibilitou a problematização das práticas sexuais mais seguras e seus desdobramentos nas relações sociais, culturais e históricas na qual os indivíduos estão inseridos¹⁰. A proposta final foi enviada aos participantes, caso tivessem considerações seria marcado uma nova oficina com os integrantes, no entanto todos os participantes da oficina deram retorno positivo da proposta apresentada.

A mandala foi diagramada e construída com design lúdico, distribuindo as 13 tecnologias dispostas em círculo, com cores específicas e desenhos ilustrativos. A redação foi feita com o intuito de permitir a compreensão de todas as pessoas envolvidas em sua implementação: trabalhadores, gestores e usuários.

A divulgação foi feita por meio de cartazes, banners, folders e quebra-cabeça. A mandala também foi utilizada em rodas de conversas e oficinas para formação de agentes multiplicadores da PC. Os espaços de educação permanente foram sendo feitos com vistas a disseminação da PC, utilizando a mandala no gerenciamento de risco e estimulando a articulação dos saberes, vivências e a transformação da realidade em torno de uma sexualidade mais segura e saudável.

Resultados e Discussão

A mandala da Prevenção Combinada de Pernambuco (Figura 2) se constitui um estratégico recurso didático-pedagógico no enfrentamento da epidemia do HIV, aids, IST e HV de Pernambuco. Possui 13 tecnologias dispostas em círculos, aos quais dialoga e potencializa a combinação destes no gerenciamento das exposições e situações de riscos dos usuários.

As tecnologias presentes são: uso de preservativos penianos, vaginais e gel lubrificante; redução de danos no uso de Álcool, Crack e outras drogas; acolhimento e acesso aos serviços de saúde; tratar todas as pessoas vivendo com HIV/aids com antirretroviral (TTP); testagem regular para o HIV, sífilis, hepatites B e C e outras IST; tratar todas as IST; Profilaxia Pós Exposição (PEP); testagem e tratamento das IST em gestantes, no pré-natal/parto/puerpério e parcerias sexuais; diminuição do estigma e preconceito das pessoas que vivem com HIV/aids e outras IST; Profilaxia Pré-exposição (PrEP); Circuncisão; vacinação e não compartilhar objetos perfurocortantes.

O MS ao propor a PC como caminho de operacionalização das políticas de prevenção às IST, aids e HV aponta as tecnologias a partir de três tipos de abordagens: biomédicas, comportamentais e estruturais. As abordagens biomédicas são tecnologias voltadas à redução de risco de exposição, mediante intervenção na interação entre as IST e a pessoa passível da infecção. As abordagens comportamentais correspondem as ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição às IST e sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento da pessoa da comunidade ou grupo social ao qual está inserida¹².

As abordagens estruturais são abordagens voltadas aos fatores e condições sócio- culturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais ao HIV, aids, IST e HV, envolvendo preconceitos, estigmas, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana¹⁰.

A separação e classificação das abordagens em biomédica, comportamental e estrutural das tecnologias traz benefícios para reflexão e ampliação da própria dimensão e objetivo da PC. No entanto, aponta-se o caráter transversal que a PC possui, colocando todas as tecnologias com características contextuais que contemplam de forma concomitante as três perspectivas de abordagem.

Ao se analisar, por exemplo, a tecnologia de preservativo vaginal, peniano e gel lubrificante, entende-se seu caráter biomédico, por ser um método de barreira física e uma abordagem comportamental. Ao se pensar estratégias para o pleno uso em todas as atividades sexuais dos usuários e o seu caráter estrutural entende-se que as violências e opressões como o machismo, racismo e LGBTfobia dificultam e, muitas vezes, impedem o uso do preservativo pelas populações vulneradas por tais violências.

Uso de preservativos penianos, vaginais e gel lubrificante

Ao congregarmos as 13 tecnologias em torno da PC, o Programa Estadual avança no processo de ampliação da oferta de diferentes tecnologias para a prevenção das IST, aids e HV. O uso de preservativos penianos e vaginais está no foco principal da prevenção por representar uma medida simples, com baixo custo, eficaz e que possui uma grande capilarização entre a população.

A mudança da nomenclatura dos preservativos masculino e feminino, para peniano e vaginal, representa um posicionamento e atenuação da violência institucional em torno dos corpos trans e da própria noção da masculinidade, feminilidade e gênero. Não está, necessariamente, atrelada aos órgãos genitais dos indivíduos. Novas nomenclaturas surgem com o objetivo de melhor representação do preservativo e sua utilização.

A nova geração populacional apresenta maior conhecimento sobre prevenção das IST em comparação com a população mais idosa, entretanto essa compreensão ainda é escassa e insuficiente para promoção de comportamentos sexuais mais seguros. Apesar do aumento da frequência do uso do preservativo entre jovens, o uso consistente ainda é infrequente, principalmente nas relações eventuais¹³.

O uso do preservativo, em específico o peniano, é a tecnologia de prevenção mais conhecida, mas seu uso não é feito de forma constante. Os principais motivos alegados pelos jovens para a não utilização são os seguintes: não ter o preservativo “na hora H”, confiança nas parcerias, diminuição das sensações e quebra de clima¹⁴. Ainda sobre o preservativo, aponta-se que há entraves na utilização do preservativo vaginal, que usado, em grande maioria, pelas mulheres cisgêneras. A pouca divulgação, distribuição insuficiente e a dificuldade de comercialização são questões que se destacam nesse problema. Do mesmo que as relações de gênero fundamentadas em princípios patriarcais sobre a sexualidade das mulheres, reprimindo sua autonomia reprodutiva e liberdade sexual, são evidenciadas pelo estranhamento, desconforto e não uso da tecnologia¹⁵.

Aponta-se a necessidade de se avançar em campanhas e estratégias para incentivo e disseminação do uso do preservativo peniano e vaginal. Dentro do perfil geracional em que estamos inseridos, para uma maior capilarização do uso da camisinha é urgente a criação de espaços de educação em saúde e de educação permanente no escopo de serviços de saúde no SUS e do território adscrito, possibilitando a reflexão a partir da autonomia dos sujeitos.

O incentivo e distribuição do gel lubrificante atenua as possibilidades de rompimento do preservativo ou de lesão no canal vaginal ou anal. Além disto, o gel lubrificante junto aos

preservativos representa um incentivo ao seu uso e direciona para um caminho estratégico das campanhas de disseminação da prevenção: a erotização do discurso da prevenção, para que cada vez mais, se torne atrativo o uso nas diversas práticas sexuais atrelada ao sentido erótico e de prazer.

Redução de danos no uso de Álcool, Crack e outras drogas

A Redução de Danos (RD) se caracteriza como uma abordagem e minimização das consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos. Um conceito e uma abordagem que são percebidos como empáticos, através de uma relação humanitária, no qual busca-se auxiliar o usuário no cuidado das consequências de seus comportamentos, sem rotulá-lo¹⁶.

A RD pode ser entendida por duas vertentes principais: 1) Conceito mais abrangente que inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam prevenir os danos 2) tecnologia de prevenção para redução dos danos em usuários de álcool e outras drogas¹⁶.

Ao compreender a PC e a transversalidade das suas três abordagens, aplica-se o conceito ampliado de RD em torno de todas as tecnologias. O objetivo principal da PC é o gerenciamento do risco em torno da transmissão das IST, a partir da autonomia do usuário, buscando a redução das possibilidades de infecção. Mesmo que exista a possibilidade de transmissão, a PC buscará minimizar, atenuar e/ou extinguir os riscos através da combinação das tecnologias.

Pensar no gerenciamento de risco em torno das práticas sexuais incide em refletirmos sobre as situações de vulnerabilidades aos quais os indivíduos estão expostos em seu contexto social. Fernandes et al¹⁷ discorrem sobre as vulnerabilidades na perspectiva do conceito ampliado de saúde, congregando as três dimensões complexas e interdependentes da vulnerabilidade em torno da transmissão do HIV (programática, social e individual). Ao qual busca investigar os fatores de fragilização biopsicossocial que expõem os sujeitos à infecção e reinfeção pelo HIV e a não adesão ao tratamento.

As pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, independentemente de seu padrão de uso, pertencem a um grupo populacional afetado desproporcionalmente pelas IST. As vulnerabilidades em torno das IST se dão através do compartilhamento de objetos para uso de drogas e pela maior possibilidade de exposição sexual quando sob efeito destas. Ainda sobre, as populações-chave e prioritárias (Gays e outros homens que fazem sexo com homens - HSH, travestis e pessoas trans, pessoas em situação de rua, jovens e população negra) definidas pelo MS para a PC¹², comumente, fazem o uso de álcool e outras drogas de forma recreativa ou crônica. O que nos leva a refletir sobre o próprio uso como uma estratégia de vivência das dificuldades enfrentadas em seus contextos de iniquidades sociais e a necessidade de atuação na redução destas vulnerabilidades para incidir na prevenção das IST.

Acolhimento e acesso nos serviços de saúde

A legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação: “não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei”¹⁸. Apesar da constituição federal assegurar a saúde enquanto direito universal garantido pelo Estado, ainda se convive com uma realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. Na prática, ainda existe um acesso aos serviços de saúde do SUS “seletivo, focalizado e excludente”¹⁹.

O acesso e o acolhimento de todos os usuários é um dos grandes desafios para o pleno desenvolvimento do SUS. Entende-se acolhimento não somente como uma simples relação de prestação de serviço, mas no desenvolvimento de uma relação cidadã e humanizada, e de escuta qualificada. O acolhimento é um elemento-chave para promoção do acesso aos serviços de saúde, por meio do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e

com a adequação do serviços às necessidades dos usuários¹⁹.

Almeja-se que o acesso a insumos, como testes rápidos, exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais (ARV) e materiais técnicos, serviços e insumos oferecidos em torno do enfrentamento da epidemia das IST, aids, HV e de seu tratamento, possa ser intensificado por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)²⁰.

É fundamental criar e avançar em estratégias que promovam o acesso e acolhimento dos usuários em torno das IST, aids e HV nos serviços de saúde do SUS, compreendendo que esta tecnologia está diretamente relacionada com o estigma e o preconceito em torno das IST e soropositividade, bem como do tabu criado em torno das discussões ligadas à sexualidade.

Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids com antirretroviral (TTP)

As pessoas que vivem com HIV (PVHIV) sob tratamento com antirretrovirais (TARV), além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam uma menor quantidade de vírus em circulação em seu corpos (carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que impacta na redução da transmissão do HIV na população. Os índices de transmissibilidade em PVHIV sob TARV diminuem em até 93% a chance de transmissão do HIV¹².

Até 2014, os critérios para o início da TARV baseava-se na contagem de células de defesa CD4+ e no monitoramento da carga viral no organismo das PVHIV. Compreendendo a importância do início imediato e seus impactos na qualidade de vida e redução da transmissão do vírus, o MS atualizou o protocolo clínico e definiu que todas as PVHIV podem ter acesso ao TARV independentemente do CD4+ e carga viral¹².

O TTP está diretamente relacionado com a adesão dos usuários ao tratamento e cabe a reflexão sobre os fatores que a dificultam. Os fatores de não- adesão são múltiplos: características sociodemográficas, fatores psicossociais, acesso ao serviço de saúde, o tratamento propriamente dito, a percepção da saúde e a presença de sintomatologia, entre outros. A avaliação e o monitoramento destes fatores são importantes para promoção de intervenções oportunas²¹.

Esta tecnologia em associação com a testagem rápida regular para todas as pessoas representa uma estratégia importante para o diagnóstico precoce e tratamento para as PVHIV, avançando no alcance dos usuários com carga viral indetectável e reduzindo a circulação do vírus na comunidade. Essas ações promovem uma melhor qualidade de vida para os usuários soropositivos.

Testagem regular para o HIV, sífilis, hepatites B e C e outras IST

O número elevado de usuários que iniciam o tratamento ao HIV e a aids de forma tardia, representa um dos desafios a serem enfrentados no contexto nacional. Estes números estão diretamente vinculados ao acesso e à ampliação da oferta da investigação sorológica, dentro dos serviços do SUS¹². A ampliação da oferta vem sendo operacionalizada em vários segmentos do SUS, desde os serviços especializados como o CTA (Centro de Testagem de Aconselhamento) e serviços 24 horas, assim como na Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental na coordenação do cuidado à saúde, sendo um ponto chave e porta de entrada preferencial do SUS. Dessa forma, é estratégico o avanço na descentralização da oferta e do acesso de todos os usuários sexualmente ativos, no âmbito da ESF, à testagem rápida e ao aconselhamento²².

Aponta-se a necessidade de expansão da oferta da testagem em ações e atividades extramuros. O SUS, seus gestores e profissionais de saúde, possuem grande potencial para realização de articulações intersetoriais e organização de ações nos diferentes espaços de sociabilidade e trabalho da população. Os horários alternativos para os usuários que não conseguem acessar os serviços de saúde nos horários habituais de funcionamento também se constitui numa forma de criar acesso.

Tratar todas as IST

A existência de lesões ulceradas ou com solução nas mucosas genital ou oral podem favorecer a aquisição das IST, como sífilis, gonorréia, clamídia, além de predispor o risco para aquisição do HIV¹². A atenção à saúde sexual deve ser entendida como estratégia fundamental na prevenção de todas as IST, sendo imprescindível avançar na realização de espaços pedagógicos e de educação permanente para os profissionais de saúde, com vista a produzir um cuidado integral aos usuários com IST. Desta forma, é possível desconstruir os tabus e facilitar o acolhimento, diálogo, diagnóstico e tratamento das pessoas que adentram aos serviços de saúde com alguma IST.

Profilaxia Pós Exposição (PEP)

A Profilaxia Pós-exposição (PEP) se enquadra nas tecnologias de PC baseadas no uso de ARV. A partir de 2010, o MS normatizou a oferta desta tecnologia no âmbito do SUS, podem ter acesso a PEP pessoas que sofreram violência e abuso sexual, acidentes ocupacionais e pessoas que se expuseram a risco sexual consentido¹². A PEP é um atendimento de urgência, ao qual deve ser iniciada, preferencialmente nas duas primeiras horas após a exposição e no máximo em até 72 horas, sendo usado o ARV de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos. Esta tecnologia ainda é pouco conhecida pelas pessoas, embora tenha sido alvo de campanha de divulgação pelo MS e pela grande mídia²³.

A discussão em torno da sua implantação perpassa o juízo de valor e a formação dos trabalhadores da saúde no acolhimento e acesso dos usuários a esta tecnologia. Sobretudo nos casos de exposição consentida, os usuários são expostos a pré julgamentos, constrangimento moral, riscofobia e barreiras de acesso²³. Os processos de exclusão social e violência estrutural resultantes de preconceito, estigma e discriminação impedem o acesso à saúde, acolhimento e permanência dos serviços de saúde. O que nos remete à necessidade do avanço, na construção de um SUS, da PEP e de serviços que acolham os usuários em todas suas possibilidades de exposição e situações de vulnerabilidade.

Testagem e tratamento das IST em gestantes, no pré-natal/parto/puerpério e parceriassexuais

No ciclo gravídico-puerperal, as IST representam alto grau de vulnerabilidade para a transmissão vertical e são responsáveis por sérias patologias que causam graves problemas como aborto, prematuridade, infecção congênita e perinatal. Tais complicações incidem diretamente com as taxas de mortalidade materna e infantil²⁴.

A testagem, para diagnóstico precoce e o tratamento oportuno em gestantes e suas parcerias sexuais são primordiais para atenuação e eliminação da transmissão vertical das IST. Durante o pré-natal, no primeiro trimestre ou na primeira consulta é indicada a realização dos testes de sífilis, hepatite B e HIV, e de hepatite C de acordo com o histórico de exposição. No terceiro trimestre repete-se para HIV e sífilis que também devem ser realizados no momento do parto, independentemente de exames anteriores²⁵. Para além da pessoa gestante, é de extrema importância que haja o rastreamento e tratamento das parcerias sexuais para que ocorra a interrupção da cadeia de transmissão das IST e gerenciamento para prevenção da transmissão vertical.

Diminuição do Estigma e Preconceito das pessoas que vivem com HIV/Aids e outras IST

O processo saúde-doença é permeado por fatores de ordem psicossocial e subjetivos, em associação com as necessidades de cunho físico-biológico. Uma vez que as necessidades de cunho físico-biológico sejam sanadas, não implica dizer que se esteja em gozo de plena saúde, pois os aspectos ligados à subjetividade, produzem sentidos e significados que especificam as experiências humanas, dentro de sua historicidade e contexto social²⁶.

A soropositividade traz para a pessoa uma série de demandas subjetivas e emocionais, que vão desde a compreensão do que concerne a terapêutica medicamentosa até ao estigma e preconceito pelo qual o HIV e a aids são vistos pela sociedade, deparando-se com sentimentos de medo e

incerteza quanto ao prognóstico futuro²⁷.

A origem do estigma relacionado à epidemia de aids, deriva das conexões da infecção com as populações historicamente marginalizadas e mais atingidas –como gays e outros HSH, usuários de drogas ilícitas, travestis e transexuais, profissionais do sexo, entre outros - e os processos históricos de LGBTfobia, rejeição social dos usuários crônicos de drogas e todas as opressões associadas na construção heteronormativa da sociedade e do foco na família nuclear²⁸.

O enfrentamento e desconstrução do estigma e da discriminação é um dos principais desafios. O estigma e a discriminação podem reduzir/dificultar a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde após a condição sorológica positiva revelada²⁹. Desta forma, esta tecnologia se mostra uma importante estratégia no avanço das políticas de prevenção combinada no contexto social ao qual estamos inseridos.

Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

Entre as atuais estratégias da PC está a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) que consiste no uso de ARV para redução do risco de adquirir a infecção pelo HIV. A PrEP se destaca pela eficácia apresentada nos ensaios clínicos desenvolvidos, com redução no risco de infecção que varia de 92% a 100%, a depender da adesão terapêutica¹².

A epidemia do HIV e da aids são concentradas em alguns segmentos populacionais que apresentam números elevados de taxas de prevalência ao compararmos com a população geral. Ao passo que a prevalência da infecção pelo HIV, na população geral é de 0,4%, alguns grupos populacionais demonstram prevalências mais elevadas³⁰. Estudos realizados com gays e outros HSH demonstraram taxas de 10,5%³⁰, profissionais do sexo de 4,9%³¹, 5,9% para usuários de drogas³² e 31,2% entre pessoas trans¹². Por isto não podemos dizer que ainda vivenciamos uma epidemia concentrada: todos e todas que se expõem estão sujeitos a se infectarem, mas existem marcadores sociais relacionados as iniquidades que potencializam as vulnerabilidades em torno das IST, aids e HV. Estes marcadores sociais de diferença se relacionam às questões de gênero, sexualidade, as violências à qual a comunidade LGBTQI+ está exposta, às questões que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas e à prostituição.

A PrEP no Brasil foi implementada em 2017 e elencou os grupos-alvo para sua utilização: gays e outros HSH, pessoas trans e travestis, profissionais do sexo e casais sorodiferentes (no qual um dos/as parceiros/as é soropositivo/a e o/a outro/a é soronegativo/a). Entretanto, o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para indicar o uso da PrEP, pois este será definido pelas práticas sexuais, parcerias e contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus¹².

Queiroz e Souza³³ discorrem que a sensação de proteção e “sexo seguro” ocasionado pelo uso da PrEP pode vir associado a diminuição do uso do preservativo. No entanto, esta lógica é refutada ao observar estudos em países desenvolvidos que demonstram o contrário. No Brasil, o número ascendente do número de casos de sífilis e HIV sugere a diminuição do uso do preservativo como algo anterior à PrEP³⁴.

A PC incentiva o uso combinado das tecnologias preventivas, a partir das possibilidades e escolhas de cada indivíduo sem excluir ou sobrepor um método a outro¹². A PrEP se caracteriza como mais uma tecnologia de prevenção, que não se sobressai e não exclui o uso do preservativo peniano ou vaginal. Além disso, esta tecnologia se configura como uma forma de captação das populações estratégicas à epidemia de HIV/Aids através de acesso, acolhimento e acompanhamento clínico contínuo, através de um ciclo completo de cuidados em torno da PC, desde acesso aos preservativos, testagem regular, exames laboratoriais, aconselhamento e medicação.

Circuncisão

Caracterizada por um procedimento cirúrgico que consiste na remoção do prepúcio, prega cutânea que recobre a glândula ou cabeça do pênis, a circuncisão aparece como a grande novidade de prevenção do HIV e da aids na XVI Conferência Internacional de AIDS em 2006, em Toronto-Canadá, e rapidamente é adotada como ação de prevenção (em especial os países africanos, com epidemia generalizada) pela OMS e UNAIDS³⁵.

A circuncisão é apresentada como um método de prevenção eficaz para o HIV e aids a partir da divulgação dos resultados de dois ensaios clínicos randomizados feitos em países africanos – Uganda e Kenya que indicaram uma proteção de 51% e 53%, respectivamente¹². O contexto mostra que a higiene peniana não é feita de forma satisfatória, constituindo-se em fator condicionante para neoplasias penianas³⁶, assim como predisposição a fissuras no órgão genital, e ao acúmulo de esmegma que torna um ambiente propício para proliferação de micro-organismos e infecções. Desta maneira, recomenda-se para a população em geral buscar informações e aderir a esta medida como estratégia de prevenção às IST, entendendo o caráter combinatório da PC em associação ao uso de preservativos e demais tecnologias.

Vacinação

As vacinas disponíveis no SUS e relacionadas às IST e hepatites virais representam uma importante tecnologia para a PC. Dentro do âmbito desta intervenção estão as vacinas contra a hepatite A, B e o HPV (vírus do papiloma humano). A hepatite B, desde 2016 foi universalizada para todas as faixas etárias e apresenta desafios no aumento de sua cobertura, através da realização das três doses preconizadas¹².

O HPV é reconhecido como o causador do câncer de colo de útero e possui prevalência de 32,1% entre 576.281 mulheres, variando de 42,2% nos países em desenvolvimento a 22,6% nos desenvolvidos³⁷. As duas vacinas, até 2013, estavam disponíveis apenas no setor privado, mas foi incorporada ao calendário nacional de vacinação, sendo hoje preconizada para meninas e meninos de 9 a 14 anos e 11 a 14 anos, respectivamente¹².

A forma mais comum de transmissão da Hepatite A é por meio de água e alimentos contaminados, no entanto, muitos surtos têm sido relatados entre indivíduos que realizam práticas sexuais que possibilitam a transmissão oral-anal³⁶. A vacina contra a hepatite A é disponibilizada pelo SUS para condições específicas de co-morbidades: usuários com outras doenças hepáticas, coagulopatias, doenças imunossupressoras, candidatos a transplantes, crianças e PVHIV. Aponta-se a necessidade de ampliação de indicação da vacina para populações que tenham práticas sexuais que possibilite o contato oral-anal, hegemonicamente entre gays e outros HSH, embora também possa ser observada em mulheres.

Um aspecto importante ao se discutir imunização é a aceitabilidade das vacinas. As vacinas nem sempre são bem recebidas e compreendidas pelos usuários, tanto pelos pais, (especificamente em relação ao HPV) e pelas pessoas adultas, em torno de questionamentos sobre sua eficácia, a necessidade das doses consecutivas e a própria construção social de que são autoimunes para as IST³⁷. Neste ponto ilustra-se o desafio que as políticas de prevenção possuem: fomentar espaços de conscientização e divulgação da importância da vacinação e completude do esquema vacinal em torno da hepatite e HPV.

Não compartilhar objetos perfurocortantes e de higiene pessoal

Dentre as formas de transmissão das IST, HIV e hepatites virais está a contaminação parenteral através de procedimentos médicos, odontológicos, de acupuntura, tatuagem ou outros procedimentos relacionados com material perfurocortantes. O compartilhamento de utensílios de higiene pessoal como lâmina de barbear, escova de dente, alicate de manicure e cortadores de unhas atuam como fatores de risco importante para a transmissão domiciliar das IST, sobretudo dos

vírus da hepatite B e C39.

O compartilhamento de materiais de manicure/pedicure, principalmente em alicates de unhas e tesouras, tem sido apontado como umas formas de transmissão dos vírus. As manicures/pedicures representam um grupo importante no processo de conscientização dos riscos de transmissão, aos quais elas estão expostas, bem como de seus clientes⁴⁰.

Recomenda-se o não compartilhamento de seringas e agulhas, o uso de material descartável na realização de tatuagens, a não reutilização da tinta residual utilizada nas tatuagens, colocação de piercings e o uso próprio e exclusivo do kit de manicure/pedicure, lâminas de barbear, depilação e escovas de dentes.

Considerações Finais

A epidemia das IST, aids e HIV se constitui num problema complexo, dotado de múltiplos fatores e condicionantes. O enfrentamento e prevenção desta epidemia precisa estar no mesmo compasso: atuar em diferentes estratégias e frentes, por meio da articulação intersetorial e corresponsabilidade dos diferentes níveis de gestão, dos trabalhadores da saúde, população em geral e sociedade civil organizada.

A PC e o conjunto de tecnologias que estão sendo implementadas no contexto pernambucano, ilustra os avanços produzidos no que tange as medidas de prevenção e enfrentamento desta epidemia. Para além do “Use Camisinha” é necessário refletir e atuar nos diferentes contextos de vulnerabilidades, diferentes situações de exposição e elementos que impedem e dificultam o uso do preservativo e das outras tecnologias da PC. Cabe destacar o caráter combinatório que a PC possui: nenhuma tecnologia isolada consegue garantir a prevenção, as tecnologias devem ser utilizadas de forma combinada atuando nas diferentes exposições e possibilidade de novas IST e na perspectiva de redução de danos.

A mandala da PC se constitui uma ferramenta potente na disseminação das diferentes tecnologias ofertadas no Estado e na sua implantação. Seu uso é múltiplo: desde folders, cartazes e apresentações, oficinas, formações e palestras realizadas pelos gestores e profissionais de saúde dos municípios pernambucanos. A utilização de recursos didáticos, como a mandala, facilitam a apreensão e divulgação das tecnologias existentes, ofertando uma ferramenta pedagógica para a realização do gerenciamento de risco dos usuários atendidos pelos profissionais da rede deserviços.

Por ser um relato de experiência, na perspectiva dos agentes implementadores, o presente estudo apresenta limitações relacionadas a mensuração do impacto e a capilaridade que a mandala possui nos diferentes contextos do território. Futuras reflexões e estudos são pertinentes, no sentido de investigar sua utilização em outros contextos, assim como os métodos educacionais da abordagem e os resultados produzidos na visão dos trabalhadores da saúde e usuários.

Destarte, ilustra-se o caráter inovador e positivo que a confecção e utilização da Mandala da PC de Pernambuco produz na rede de serviços do SUS, podendo ser disseminada e utilizada nos mais diversos contextos do Brasil e do mundo. Avançando, desta forma, na disseminação e na formação de agentes multiplicadores das tecnologias da Prevenção Combinada às IST, aids e HIV.

Referências

¹ Pereira BPM, Silva NM, Moura LRP, Brito CMS, Câmara JT. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids), Caxias-MA. Revista Interdisciplinar. 2016; 9 (4):132-141.

- ² Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000; 34 (2): 207-217.
- ³ Ferreira TCR, Souza APC, Rodrigues Júnior RS. Perfil Clínico e Epidemiológico dos Portadores do HIV/AIDS com Coinfecção de uma Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2015; 13 (1):419-431.
- ⁴ Paiva V. *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Summus Editorial 2000; Cap.1, p.25- 54.
- ⁵ United Nations Programme on HIV/AIDS. *Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper*; 2010.
- ⁶ Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Diaz-Bermudez XP. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015; 18 (1):43-62.
- ⁷ Green S. *El Libro de los mandalas del mundo*. Santiago, Chile: Océano Âmbar;2005.
- ⁸ Silva MAS, Paula MAB. Uso de Recursos e Estratégias Pedagógicas na Saúde da Família. *Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.*, Londrina, 2016; 17 (2): 181-185.
- ⁹ Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- ¹⁰ Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Centauro; 2013.
- ¹¹ Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*. 2014; 26 (1):32-43.
- ¹² Ministério da Saúde (BR). *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- ¹³ Castro MC, Silva MA. O comportamento dos adolescentes frente ao risco de contaminação com HIV/aids. *Estudos, Goiânia*. 2013; 40 (4): 395-418.
- ¹⁴ Oliveira SA, et al. Motivos do não uso do preservativo entre adolescentes de um município da tríplice fronteira. *REBES, Pombal – PB*. 2014; 5 (1): 100-108.
- ¹⁵ Silva MAA, et al. O olhar de alunas de escola pública sobre o preservativo feminino. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019; 40: e20180277.
- ¹⁶ Secretaria da Saúde (RS). *Escola de Saúde Pública. Guia de redução de danos para trabalhadores da saúde: subsídios para a abordagem em drogas e AIDS*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2001.
- ¹⁷ Fernandes NM, et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 (4) 01: :e00053415.

- ¹⁸ Fleury S (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. Lemos Editorial, São Paulo; 1997.
- ¹⁹ Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, política e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012, 17(11): 2865-2875.
- ²⁰ Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27- 34.
- ²¹ Silva JAG, et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2015; 31(6): 1188-1198.
- ²² Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*, Rio de Janeiro. 2016; 26 (03): 785-806.
- ²³ Filgueiras SL, Maksud I. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. *Sex., Salud Soc*. 2018; 1 (30): 282-304.
- ²⁴ Peder LD, et al. Infecções genitais e fatores de risco em gestantes atendidas em um serviço de saúde pública. *Rev Espaço para a Saúde*. 2018; 19(1):82-90.
- ²⁵ Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- ²⁶ Oliveira RLS. Sentidos subjetivos de adolescentes soropositivos para HIV. [dissertação de mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia; 2015.
- ²⁷ Miziara LAF; Andrade SMO. O significado do HIV/Aids na vida de crianças e adolescentes que vivem com a doença. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo. 2016; 36 (90): 16-30.
- ²⁸ Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (3): 531- 540.
- ²⁹ Medeiros APDS, et al. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. *Rev.enferm*. 2015; 23(3):362-7.
- ³⁰ Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Junior PR. Estimation of the HIV Incidence and of the Number of People Living With HIV/AIDS in Brazil, 2012. *Journal of AIDS and Clinical Research*. 2015;6(3).
- ³¹ Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. 2009. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- ³² Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009

³³ Queiroz AAFLN, Sousa AFL. Fórum PrEP: an online debate on the use of “pre- exposure prophylaxis” in Brazil. Cad Saúde Pública. 2017; 33(12).

³⁴ Lafeuillade A. HIV PreP opens the door to STDs: the pros. Journal of Virus Eradication 2016; 2 (Supl 1):1-7.

³⁵ Knauth DR, Machado PS. "Corrigir, prevenir, fazer corpo": a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. Sex. Salud Soc. 2013; (14):229-241.

³⁶ Conceição VM, et al. Determinantes sociais de pacientes com neoplasia peniana. Rev. enferm UFPE online., Recife, 2019; 13 (1): 338-45.

³⁷ Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. Rev Saúde Pública 2014;48(1):123-133.

³⁸ NAINAN OV, et al. Hepatitis A molecular epidemiology in the United States, 1996-1997: sources of infection and implications of vaccination policy. J Infect Dis. 2005; 191: 957-63.

³⁹ Azevedo Ar, et al. Detecção de hepatite c através de teste rápido numa UAPS: relato de experiência. Rev. APS. 2015; 18(1): 116 - 122.

⁴⁰ Oliveira ACS, Focaccia R. Prevalência das Hepatites B e C em profissionais manicures e pedicures do município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;2009.

Apêndices

Figura 1: 1ª versão da Mandala da Prevenção Combinada do Programa Estadual de IST/Aids/HV de Pernambuco (2016).

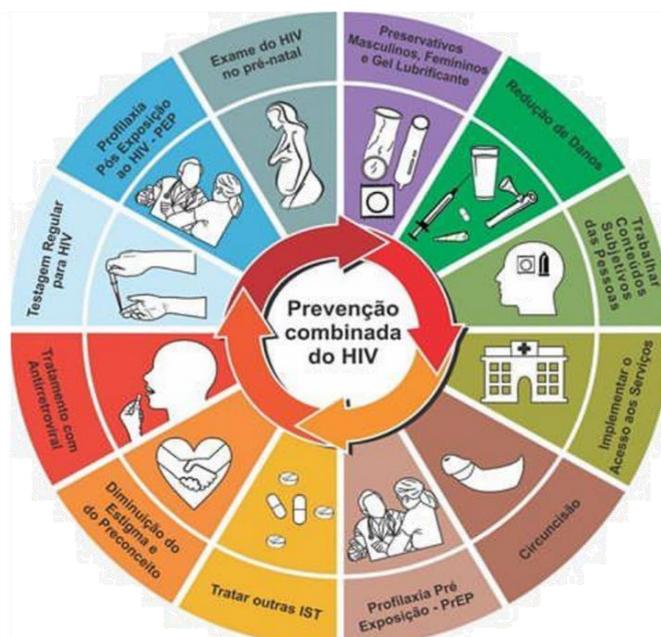


Figura 2: Mandala da Prevenção Combinada do Programa Estadual de IST/Aids/HV de Pernambuco (2018)



Submissão: 19/06/2020

Aceite: 04/08/2020