



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS

MARIA BEATRIZ DE ASSIS VEIGA

**NARRATIVAS DE VIDA DE HOMENS COM SÍFILIS NA PERSPECTIVA
TRANSCULTURAL: SUBSÍDIOS DA ENFERMAGEM**

RIO DE JANEIRO

2018

MARIA BEATRIZ DE ASSIS VEIGA

**NARRATIVAS DE VIDA DE HOMENS COM SÍFILIS NA PERSPECTIVA
TRANSCULTURAL: SUBSÍDIOS DA ENFERMAGEM**

Relatório final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências –Doutorado, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – EEAP/UNIRIO, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Leila Rangel da Silva

RIO DE JANEIRO

2018

Veiga, Maria Beatriz de Assis

V426 Narrativas de vida de homens com sífilis na perspectiva transcultural: subsídios da enfermagem / Maria Beatriz de Assis Veiga. -- Rio de Janeiro, 2018.
263 f.

Orientadora: Leila Rangel da Silva.
Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2018.

Orientador: Leila Rangel da Silva

1.Sífilis. 2.Saúde do Homem. 3.Masculinidade. 4.Integralidade em Saúde.
5.Teorias de Enfermagem.
I. Silva, Leila Rangel da , orient. II. Título.

Maria Beatriz de Assis Veiga

**NARRATIVAS DE VIDA DE HOMENS COM SÍFILIS NA PERSPECTIVA
TRANSCULTURAL: SUBSÍDIOS DA ENFERMAGEM**

Relatório final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências – Doutorado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

Aprovada em 20.12.2018

Banca Examinadora:

.....
Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva
(Presidente)

.....
Prof^a Dr^a Rosangela da Silva Santos
(1^a Examinadora Externa)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

.....
Prof^a Dr^a Claudia Regina Ribeiro
(2^a Examinadora Externa)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

.....
Prof^a Dr^a Adriana Lemos Pereira
(3^a Examinadora Interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

.....
Prof^a Dr^a Selma Vilas Boas Teixeira
(4^a Examinadora Interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

.....
Prof^a Dr^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz
(Suplente Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

.....
Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
(Suplente Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dedico este trabalho à princesa mãe e à princesa filha, a primeira por ter me dado a vida e contribuído para tudo que eu nela consegui e a segunda, por ter acompanhado todo o processo de evolução desta pesquisa, desde a sua vida intrauterina, e por ser minha fonte de inspiração diária.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus e a toda a Espiritualidade Superior por ter me inspirado durante a construção deste estudo, permitindo que eu vencesse as adversidades e concluísse esta obra.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, por ter sido o palco de minha formação acadêmica desde a graduação até o doutorado.

À minha Orientadora, Leila Rangel, por ter me aceitado como membro nesta luta constante de enfrentamento à sífilis, pessoa de coração enorme, com quem muito aprendi durante todo esse processo.

À todos os professores da UNIRIO, por terem me instigado a formação do senso crítico, em especial a Doutora Adriana Lemos, que me orienta na trajetória da vida acadêmica e pessoal, quem muito contribuiu para minhas reflexões quanto a gênero, sexualidade e a assistência em saúde do homem, reflexões essas indispensáveis para a conclusão do presente estudo.

À Professora Dr^a Rosangela da Silva Santos, por ter permitido que eu me apropriasse do método durante sua disciplina ministrada, ter fornecido apoio e, pacientemente, esclarecido dúvidas quanto à aplicabilidade do método de pesquisa durante o processo de campo.

Aos demais Membros da Banca Examinadora, por terem trazido contribuições estritamente relevantes para a elaboração deste estudo, desde a construção do projeto.

Ao meu pai, que junto à minha mãe, me estimulou a estudar desde a infância e propiciou condições materiais e emocionais para que eu chegasse até aqui. E ainda, por ser meu exemplo de responsabilidade, contribuindo para eu “não sair do foco” durante esses três anos. Até porque tudo começa na base! Amo vocês!

À minha avó, Ubiracema, aos meus tios, Cezar e Zulmar e ao meu avô, Djalma, por todo o carinho, incentivos e orações durante o curso e por toda a vida.

Ao meu esposo, Marco Antônio, por ter sido meu parceiro, contribuído para que eu desse seguimento à minha vida acadêmica e, principalmente, pelo seu apoio e a sua assunção da paternidade, em especial ao mostrar que o lugar do pai também é cuidando da filha no domingo à tarde para a mãe estudar.

À minha filha Lara, como não agradecer a você por ter junto a mim, participado da seleção do doutorado, defendido o projeto, frequentado as aulas no meu útero, apresentado

trabalhos, ter sido amamentada à frente do computador e ter entendido quando eu precisava que dormisse mais cedo, pois tinha prazos a cumprir para a leitura de um texto ou para terminar uma transcrição. Você é o amor da minha vida.

Às minha amigas, afilhadas, madrinhas e comadres Michelle e Carolina, por serem parceiras de todas as horas, além de especiais por toda a vida.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPPEMC) e aos demais doutorandos, principalmente “As meninas e o menino da sífilis” – Marcelle Sampaio, Regina Veras, Renata Martins, Prof. Carlos, pelas ideias trocadas, incentivos e palavras de ânimo.

Ao Hospital Universitário Gafrée e Guinle por ter aberto as portas para a realização deste estudo e a todos os profissionais de seu corpo clínico, por terem me auxiliado durante a pesquisa, e, principalmente, ao Núcleo de Vigilância Hospitalar, às equipes Médica e de Enfermagem da 10^a e da 7^a enfermarias, dos ambulatórios de Imunologia, Dermatologia, Obstetrícia e a todos aqueles que, além de me indicarem os informantes da pesquisa, contribuíram para minhas reflexões culturais, sociais e assistenciais em saúde do homem.

Às equipes Médica e de Enfermagem do ambulatório de Pequenos Procedimentos, Dermatologia e Chefia de Enfermagem, por terem apoiado esta pesquisa desde a sua fase de projeto.

Em especial, agradeço a esses trinta e dois homens por terem aberto suas vidas, dividido comigo suas vivências, medos, felicidades e incertezas, pois as suas narrativas foram as principais responsáveis pela elaboração desta pesquisa, a qual me provocou enquanto pesquisadora e enfermeira, fazendo-me refletir quanto às minhas práticas profissionais e ainda, a necessidade de pensar melhor, junto aos meus pares, a respeito da assistência prestada aos homens.

Enfim, conseguimos!

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

(FREIRE, 2011, p.53)

VEIGA, M. B. de A. Narrativas de vida de homens com sífilis na perspectiva transcultural: subsídios da enfermagem. Rio de Janeiro. 2018. Tese (Doutorado em Biociências e Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro /UNIRIO. 264f.

RESUMO

O objeto de estudo foi o contágio, diagnóstico e tratamento do homem com sífilis e a escolha do tema deu-se pela minha vivência profissional na atenção básica e no setor de alojamento conjunto, provocando-me inquietações quanto aos aspectos que envolviam a sífilis nos homens. O objetivo foi discutir os fatores sociais e culturais que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis no homem, à luz da Teoria da Diversidade e da Universalidade Cultural de Cuidado, de Madeleine Leininger. Esta foi uma pesquisa qualitativa, aprovada mediante Parecer nº 2.267.514, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, em 11 de Setembro de 2017, que utilizou o método de Narrativa de Vida. O cenário foi um Hospital Universitário Federal localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Os participantes foram 32 homens diagnosticados com sífilis. A pergunta norteadora foi “Conte-me sobre sua vida que tenha relação com a sífilis”. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática, originando duas grandes categorias analíticas: 1) O exercício da sexualidade e suas implicações na saúde sexual dos homens e 2) Diagnóstico e o tratamento da sífilis e as dificuldades assistenciais enfrentadas pelos homens. Identificou-se que fatores sociais e culturais, ao influenciarem no exercício da sexualidade, podem favorecer o contágio pela sífilis nos homens. A sífilis está presente no espaço social dos entrevistados, contribuindo para a banalização da infecção. Há um desconhecimento com relação à sífilis entre os homens, tanto antes quanto após o seu diagnóstico. O uso regular do preservativo é um desafio na vida dos homens, principalmente durante a prática do sexo oral. A descoberta da infecção se dá muito comumente sem sintomatologia clínica, de forma inesperada, em meio à tristeza, culpa e arrependimento. A sífilis provocou danos físicos, emocionais e sociais nos homens. O seu tratamento transcorreu com ênfase no biomédico e alguns entraves assistenciais ocorreram no momento do diagnóstico e/ou terapêutico da sífilis. O estabelecimento de vínculo e a assistência humanizada favorecem o tratamento da infecção. É importante abrir mais espaços para dialogar quanto à sexualidade e orientar os homens quanto à prevenção da sífilis, sendo a escola um lugar oportuno para isso. Revisão das práticas educativas são necessárias, assim como repensar a socialização masculina para favorecer o maior envolvimento dos homens no processo saúde e doença. A enfermagem deve considerar, para a implementação do cuidado culturalmente congruente, as diversidades e universalidades culturais entre a população masculina, o que contribuirá para o estabelecimento de ações integrais em saúde.

Palavras-chave: Sífilis; Saúde do Homem; Masculinidade; Integralidade em Saúde; Teoria de Enfermagem.

VEIGA, M. B. de A. Life narratives of men with syphilis in a cross-cultural perspective: nursing subsidies. Rio de Janeiro. 2018. Thesis (PhD in Biosciences and Nursing). *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro /UNIRIO*. 264f.

ABSTRACT

The subject of the study was the contagion, diagnosis and treatment of men with syphilis. The choice of theme was due to my professional experience in primary care and in the joint housing sector, when I was concerned about the aspects involving syphilis in men. The objective was to discuss the social and cultural factors that influence the contagion, diagnosis and treatment of syphilis in men, in the light of Madeleine Leininger's Theory of Diversity and the Cultural Universality of Care. This was a qualitative research, approved by Opinion No. 2,267,514, issued by the Research Ethics Committee, on September 11, 2017, which used the Life Narrative method. The scenario was a Federal University Hospital located in the North Zone of the city of Rio de Janeiro. The participants were 32 men diagnosed with syphilis. The guiding question was "Tell me something about your life related to syphilis." For the treatment of the data, we used the thematic analysis, giving rise to two major analytical categories: 1) The exercise of sexuality and its implications on the sexual health of men; 2) Diagnosis and treatment of syphilis and the healthcare difficulties faced by men. It was identified that social and cultural factors, by influencing the exercise of sexuality, can favor the contagion by syphilis in men. Syphilis is found in the social space of the interviewees, contributing to the trivialization of the infection. There is a lack of knowledge about syphilis among men, before and after their diagnosis. Condom regular use is a challenge in men's lives, especially during oral sex. The discovery of infection occurs very commonly without clinical symptomatology, unexpectedly, amidst sadness, guilt and regret. Syphilis has caused physical, emotional and social damage in men. Its treatment took place with a strong biomedical appeal and some healthcare obstacles occurred at the time of the diagnosis and / or therapeutics of syphilis. Establishing a link and humanized care favor the treatment of infection. It is important to open more spaces to dialogue about sexuality and to guide men in the prevention of syphilis, and school is a suitable place for this. Review of educational practices is necessary, as well as rethinking male socialization to favor the greater involvement of men in health and disease process. Nursing must consider, for the implementation of culturally congruent care, the cultural diversity and universality among the male population, which will contribute to the establishment of integral health actions.

Keywords: Syphilis; Men's Health; Masculinity; Integrality in Health; Nursing Theory.

VEIGA, M. B. de A. Narrativas de vida de hombres con sífilis en la perspectiva transcultural: subsidios de la enfermería. Rio de Janeiro. 2018. Tesis (Doctorado en Biociencias y Enfermería). *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro /UNIRIO*. 264f.

RESUMEN

El objeto de estudio fue el contagio, diagnóstico y tratamiento del hombre con sífilis. Elegí el tema por mi vivencia profesional en la atención básica y en el sector de alojamiento conjunto, cuando tenía inquietudes en cuanto a los aspectos que involucraban la sífilis en los hombres. El objetivo fue discutir los factores sociales y culturales que influyen en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el hombre, a la luz de la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad Cultural de Cuidado, de Madeleine Leininger. Esta fue una investigación cualitativa, aprobada mediante Dictamen n° 2.267.514, emitido por Comité de Ética en Investigación, el 11 de Setiembre de 2017, que utilizó el método de Narrativa de Vida. El escenario fue un Hospital Universitario Federal ubicado en la Zona Norte de la ciudad del Rio de Janeiro. Los participantes fueron 32 hombres diagnosticados con sífilis. La pregunta orientadora fue “Cuénteme algo sobre su vida que tenga relación con la sífilis”. Para el tratamiento de los datos, se utilizó el análisis temático, originando dos grandes categorías analíticas: 1) El ejercicio de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los hombres y 2) El diagnóstico y el tratamiento de la sífilis y las dificultades asistenciales enfrentadas por los hombres. Se identificó que factores sociales y culturales, al influir en el ejercicio de la sexualidad, pueden favorecer el contagio por la sífilis en los hombres. La sífilis está presente en el espacio social de los entrevistados, contribuyendo a la banalización de la infección. Hay un desconocimiento con relación a la sífilis entre los hombres, tanto antes como después de su diagnóstico. El uso regular del preservativo es un desafío en la vida de los hombres, principalmente durante la práctica del sexo oral. El descubrimiento de la infección ocurre muy comúnmente sin sintomatología clínica, de forma inesperada, en medio de la tristeza, culpa y arrepentimiento. La sífilis provocó daños físicos, emocionales y sociales en los hombres. Su tratamiento transcurrió con fuerte apego biomédico; algunas trabas asistenciales ocurrieron en el momento del diagnóstico y/o terapéutico de la sífilis. El establecimiento de vínculo y la asistencia humanizada favorecen el tratamiento de la infección. Es importante abrir más espacios para dialogar en cuanto a la sexualidad y orientar a los hombres respecto a la prevención de la sífilis, siendo la escuela un lugar oportuno para ello. Revisiones de las prácticas educativas son necesarias, así como el repensar la socialización masculina para favorecer la mayor implicación de los hombres en el proceso salud y enfermedad. La enfermería debe considerar, para la implementación del cuidado culturalmente congruente, las diversidades y universalidades culturales entre la población masculina, lo que contribuirá para el establecimiento de acciones integrales en salud.

Palabras clave: Sífilis; Salud del Hombre; Masculinidad; Integralidad en Salud; Teoría de Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Centro de Testagem Anônima
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCR	Líquido Cefaloraquidiano
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais ou Transgêneros e Intersexuais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PSE	Programa de Saúde na Escola
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RN	Recém nascido
SES / RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

(continua)

(continuação)

SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICO

Quadro A	Unidades Temáticas com frequência e Recorrência	64
Quadro B	Temas que emergiram a partir das Unidades Temáticas	69
Quadro C	Categorias, a partir dos temas	75
Quadro D	Historiograma (história resumida de cada entrevistado com relação ao contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis)	81
Quadro E	Dados do perfil social e econômico	91
Quadro F	Perfil dos homens quanto ao diagnóstico e tratamento	92
Figura A	Modelo <i>Sunrise</i>	80
Figura B	Diagrama quanto às formas de contágio do HIV	147
Gráfico (anexo)	Casos de sífilis adquirida no Brasil por ano, conforme o sexo.....	261
	Termo de Anuência (anexo).....	262
	Parecer consubstanciado do CEP(anexo).....	263

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
2	BASES CONCEITUAIS	26
2.1	A SÍFILIS E SEU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO NA SAÚDE	26
2.2	SEXUALIDADE, GÊNERO, MASCULINIDADES E O HOMEM COM SÍFILIS	35
2.3	EM BUSCA DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL: PREVENIR, DIAGNOSTICAR E TRATAR A SÍFILIS NO HOMEM, COMO RECOMENDAÇÃO DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE	46
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	55
3.1	TIPO DE ESTUDO	55
3.2	O MÉTODO DE NARRATIVA DE VIDA.....	55
3.3	CENÁRIO DO ESTUDO	56
3.4	A APROXIMAÇÃO DOS PARTICIPANTES	57
3.5	PARTICIPANTES	58
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	60
3.7	CONSTRUÇÃO DOS DADOS	61
3.8	ANÁLISE DE DADOS	63
4	REFERENCIAL TEÓRICO	76
5	ANÁLISE DOS DADOS	81
5.1	ANÁLISE DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS	81
5.2	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS	98
5.2.1	Primeira Categoria Analítica <ul style="list-style-type: none">▪ O exercício da sexualidade e suas implicações na saúde sexual dos homens	98
5.2.1.1	Primeira Subcategoria Analítica <ul style="list-style-type: none">❖ Fatores sociais e culturais que influenciam no exercício da sexualidade	98
5.2.1.2	Segunda Subcategoria Analítica <ul style="list-style-type: none">❖ Conhecer a sífilis para preveni-la: lacunas na promoção da saúde sexual dos homens	136

(continua)

(continuação)

5.2.2	Segunda Categoria Analítica	
	▪ Diagnóstico e tratamento da sífilis e as dificuldades assistenciais enfrentadas pelos homens	179
5.2.2.1	Primeira Subcategoria Analítica	
	❖ Descobrimo-se com Sífilis	179
5.2.2.2	Segunda Subcategoria Analítica	
	❖ O Tratamento da Sífilis	207
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
	REFERÊNCIAS	233
	APÊNDICES	
	A – Termo de compromisso da pesquisadora com a Instituição	254
	B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	255
	C – Dados de identificação e socioeconômicos dos participantes.....	257
	D – Roteiro de entrevista	258
	E – Relatório de Custos da Pesquisa.....	259
	ANEXOS	
	A – Gráfico- Casos de sífilis adquirida no Brasil, por ano, conforme sexo.....	261
	B – Termo de Anuência.....	262
	C – Parecer substanciado do CEP	263

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O **objeto** desta investigação é o contágio, diagnóstico e tratamento do homem com sífilis, uma das infecções transmitidas através da relação sexual que pode causar danos sistêmicos e levar à morte, além de comprometer a saúde fetal através de sua transmissão vertical.

Entende-se aqui por *contágio*, a transmissão de agente infeccioso de um indivíduo infectado para uma pessoa suscetível; por *diagnóstico*, a arte ou técnica de identificar uma infecção pela anamnese, exame dos sintomas e sinais clínicos ou mediante exames laboratoriais ou mapeamento; e por *tratamento*, o conjunto de meios terapêuticos e prescrições higienodietéticas usadas para curar uma doença. Quanto ao *fator*, deve ser entendido como uma atividade necessária que contribua para que se alcance um determinado resultado (REY, 2008).

No Brasil, até junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 342.400 casos de sífilis adquirida, com crescimento progressivo no decorrer dos anos, compreendendo os homens, 59,8% deste quantitativo (BRASIL, 2017a). Este aumento do número de casos de sífilis na população brasileira, em especial no público masculino, enfatiza a importância de se dedicar esforços ao combate à infecção através do diagnóstico e tratamento precoce e adequado, assim como reforçar a sua prevenção. Para que a sua incidência diminua, faz-se necessário entender o contexto em que ocorre o contágio e a assistência em saúde prestada aos homens infectados.

As taxas de sífilis gestacional no país aumentaram no decorrer dos anos, marcando 12,4 casos/mil nascidos vivos em 2016. Já a taxa de sífilis congênita saltou de 2,4 casos/mil nascidos vivos em 2010, para 6,5 casos/mil nascidos vivos em 2015, não alcançando a meta estabelecida como um compromisso internacional que corresponderia a 0,5 casos/1.000 nascidos vivos e, ainda, continuou crescendo no ano seguinte (BRASIL, 2017a), alcançando a taxa de 6,8 casos/mil nascidos vivos.

A motivação para o estudo enfocando a temática da sífilis nos homens, data dos anos de 2003-2007 quando cursava a Graduação em Enfermagem. À época, identifiquei especificidades da população jovem masculina na área da saúde sexual e reprodutiva, relacionadas à concepção e contracepção, durante as atividades práticas e de pesquisa nas escolas de Ensino Médio. O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com essa população possibilitou-me conhecer as suas necessidades de saúde, principalmente as sexuais, identificando que as questões reprodutivas, em maior grau, eram tidas como responsabilização

feminina (VEIGA; PEREIRA, 2010).

No ano de 2014, durante o Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem (PPGenf), ao investigar como é vivenciada a paternidade na juventude, identifiquei que os jovens ainda não se inserem plenamente nas questões reprodutivas, não usam com frequência a camisinha, tendo assim um cuidado limitado quanto à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), vendo no preservativo um método para evitar gestações indesejadas, sendo poucos os que a descreveram como protetor contra IST (VEIGA, 2014). A realização destes dois estudos na última década com a população jovem do sexo masculino, demonstrou que estes têm pouco envolvimento quanto à contracepção e a prevenção de IST.

Estes estudos, ratificaram que questões culturais e de gênero estão diretamente ligadas ao exercício da sexualidade e que, na prática, é observado que ações no processo de socialização, como o estímulo às atividades fora do lar e brincadeiras agressivas e de comprovação da força física durante a infância do menino transforma-se, na adolescência, em cobrança para a inserção sexual precoce como forma de comprovar a masculinidade e a virilidade, que não se traduzem no mesmo estímulo ao cuidado na área da sexualidade (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

A cultura é descrita como valores, crenças, normas e modos de vida que orientam pensamentos e ações, sendo apreendidos, partilhados e transmitidos de forma padronizada entre as gerações. E cuidado é tido como as ideias assistenciais ou experiências de apoio direcionadas a outro, para atender as suas necessidades evidenciadas ou antecipadas, visando melhorar uma condição humana ou modo de vida (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

Nos anos de 2010 a 2012, atuei como Enfermeira em duas Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), localizadas nas zonas Norte e Oeste do município do Rio de Janeiro, quando constatei que as mulheres são as maiores frequentadoras das Unidade Básicas de Saúde (UBS), principalmente as que estão no período gestacional. Durante as atividades nos grupos de planejamento reprodutivo, ocasião em que distribuímos, estimulamos e orientamos acerca do uso do preservativo, a presença de mulheres corresponde quase que a sua totalidade.

De modo geral, as mulheres tinham a incumbência de pegar as camisinhas masculinas que, à época, eram distribuídas na farmácia por solicitação, para o uso do casal, diferente de hoje em que a oferta é realizada em pontos estratégicos, de fácil acesso, nas Unidades de Saúde.

Ao longo desta trajetória trabalhando com a promoção da saúde e prevenção de doenças, com enfoque na área da saúde sexual e reprodutiva, sempre questionei porque os homens não procuram ou frequentam, com a mesma constância que as mulheres, os serviços

de saúde: seria por medo de descobrir e enfrentar uma doença transmitida pelo sexo? Por acharem que são saudáveis e não precisam de cuidados? Refletia também sobre como os profissionais e os Serviços de Saúde acolhiam esses homens.

A assistência mais organizada, direcionada ao público masculino, centrava-se em programas não específicos como a puericultura, em que todo um esforço da equipe era realizado para atender a cobertura vacinal, assistir as crianças desde a vida intrauterina no que tange ao comparecimento às consultas médicas e de enfermagem e, mais adiante, a sua assiduidade escolar. E quando cresciam? O jovem? E os homens adultos? Diferentemente das mulheres que dispõem de programas específicos, em especial durante o acompanhamento pré-natal, a população masculina está inserida em grupos como de hipertensos e diabéticos ou no Programa de Controle do Tabagismo, mas não de forma específica, com uma assistência direcionada que considerasse suas peculiaridades, principalmente aquelas relacionadas ao contágio das IST, a exemplo da sífilis, uma infecção que pode mascarar sua descoberta porque seus sinais e sintomas podem não ser percebidos.

Durante os atendimentos no consultório, não identificava preocupação quanto ao contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis, e tampouco mulheres ou homens solicitando sorologia para esta infecção transmitida pelo sexo, apesar desta ser abordada nas ações educativas quando trabalhamos as IST. Em contrapartida, era muito comum a preocupação quanto ao contágio do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), principalmente ao manterem uma relação sexual desprotegida ou descobrirem casos de infidelidade por parte das parcerias sexuais, o que tornava mais frequente os pedidos para testagem de HIV pelos usuários, até mesmo por livre demanda quando compareciam à Unidade de Saúde, muitas vezes com lágrimas nos olhos, acompanhada de uma face amedrontada pelo receio do resultado sorológico.

Os parceiros convocados para informação do diagnóstico de uma IST, demonstravam sentimentos como medo da morte, incurabilidade e possibilidade de conviver com uma doença estigmatizante, como no caso do HIV (CAVALCANTE et al., 2016), o que faz perceber o temor e o cuidado maior do senso comum, que se volta para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tida como doença incurável, que condenaria o indivíduo à morte.

A convocação do homem dependia da vontade da mulher informar o diagnóstico e estas, muitas vezes, por vergonha de ter uma IST ou temer a reação do conjuge, ou até mesmo mediante a violência física e/ou psicológica e/ou o abandono, preferia não revelar a contaminação e quando o fazia, esse homem não acreditava na possibilidade de contágio

e, algumas vezes, não comparecia à Unidade de Saúde para a realização da sorologia e tratamento, quando convocado.

Outro impasse era quando o companheiro não residia junto à área de abrangência da ESF, o que dificultava o acesso da equipe na busca ativa. E quando esse homem estava no contexto de uma relação homoafetiva? Como trabalhar essas relações de modo a conseguir sensibilizar o homem para a realização do tratamento e da prevenção? Mais evidente ainda, era o despreparo do Serviço na implementação do seu cuidado que, por vezes, era direcionado à mulher.

Estas inquietações/reflexões ficaram ainda mais aguçadas ao constatar, durante a minha atuação como Enfermeira no Serviço de Obstetrícia de um Hospital Universitário Federal, situado no município do Rio de Janeiro, no setor de alojamento conjunto, em que os recém-nascidos (RN) permaneciam junto da mãe para o tratamento da sífilis congênita. Geralmente, essas puérperas ficavam desacompanhadas do parceiro e de seus familiares durante os dez dias de tratamento do filho e acabavam por tornar o homem ‘invisível’, o que dificultava compreender como ocorrera a transmissão da doença e, assim, identificar os fatores que envolviam o contágio, o diagnóstico e o tratamento da sífilis no homem.

As estratégias mundiais para combater as IST são pautadas nas pessoas, segundo os princípios da proteção e promoção dos direitos humanos, igualdade de gênero e equidade sanitária (OMS, 2016), o que remete a este cenário a importância da garantia do direito ao exercício da sexualidade e da promoção da saúde sexual a nível mundial, independente do sexo ou orientação sexual. Contudo, historicamente, a preocupação inicial com a sífilis no homem dirigia-se à sua descendência, mais do que a degradação individual que a doença poderia lhe causar (ROHDEN, 2012).

Hoje em dia, a preocupação com o diagnóstico e tratamento da sífilis no homem está atrelada aos riscos possíveis à mulher e à criança, portanto, ele é tido como um dos responsáveis pelo tratamento inadequado das gestantes (CAMPOS et al., 2012), o que favorece a transmissão para o feto, via transplacentária. Percebe-se assim, toda uma preocupação voltada para evitar a transmissão vertical da sífilis e pouco se fala na prevenção e tratamento da sífilis fora do período gravídico-puerperal (NAZARETH, 2017) como um direito sexual de homens e mulheres de exercerem a sexualidade livre de danos à sua saúde.

No Brasil, a promoção dos direitos sexuais é uma das áreas de ações prioritárias na Atenção Básica; estes são tidos como direitos humanos fundamentais, que ganharam destaque inicialmente durante as Conferências Internacionais Sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (ONU, 1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim

(ONU,1995). Nelas estão contidos o direito de expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, com respeito pelo corpo das parcerias sexuais; o direito ao sexo seguro com prevenção das IST e, ainda, o direito à informação e à educação sexual (BRASIL, 2010a).

Lemos (2014) descreve que os direitos sexuais são pouco reconhecidos e que os próprios profissionais de saúde tem conhecimentos restritos quanto a estes. Sendo assim, para que estes direitos sejam garantidos, devem estar articulados ao trabalho dos profissionais, pois, dependendo do posicionamento de cada um, podem ser promovidos ou violados.

Ao pensar no direito sexual como sendo comum a ambos os sexos, além do comprometimento para evitar a transmissão vertical da sífilis, esforços devem ser traçados no sentido de estimular o homem a investir no seu autocuidado para que, assim, ele não se contamine ou seja contaminado, além de aderir precocemente ao tratamento para evitar, sobretudo, os riscos individuais que a doença pode lhe acarretar, e ainda enfraquecer as linhagens: “Apanha hoje o homem, amanhã a esposa, depois de amanhã o filho” (CARRARA, 1996, p. 51). Desta forma, sensibilizar o homem quanto à importância da prevenção, diagnóstico e tratamento, poderá diminuir consideravelmente a transgeracionalidade da sífilis, o seu contágio e implicações orgânicas, danos individuais aos homens, resultantes da infecção.

Combater e controlar as IST envolve reconhecer a importância de estabelecer práticas direcionadas para a garantia do acesso dos homens aos serviços de saúde durante todo o seu ciclo vital, voltando as intervenções aos programas para a população masculina considerando o seu comportamento peculiar, com ênfase nas populações específicas como: populações móveis, imigrantes, homens que fazem sexo com homens, homens enquanto profissionais do sexo ou como clientes destes/destas (OMS, 2016).

Enfatiza-se aqui o reconhecimento internacional da importância de assistir os homens com suas especificidades, com atenção especial aos grupos de maior vulnerabilidade, o que não foi percebido durante a minha prática assistencial. Se o profissional que está na ponta de atendimento do sistema de saúde não se encontra sensibilizado/capacitado para assistir esse homem em suas peculiaridades, favorece a marginalização destes, acarretando uma grande lacuna no atendimento desta população, trazendo como consequência a dificuldade de acolher e inseri-los nas práticas assistenciais em saúde.

Culturalmente, o padrão hegemônico de masculinidade interfere no autocuidado, o que contribui para dificultar a inserção dos homens nos serviços de saúde e estes, por sua vez, possuem déficit em sua organização, considerando que não contemplam o princípio da

integralidade na assistência em saúde do homem (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

A invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, identificada ao longo dos anos de atuação como enfermeira, tanto na atenção primária quanto secundária e relatada em literatura (SOLANO et al., 2017), expressa a necessidade de incluí-lo nas práticas assistenciais em saúde. Sabe-se, também que atender as demandas e necessidades específicas do público masculino, requer investimento em relações de gênero mais igualitárias, visando reduzir as distâncias entre homens e mulheres (SCOTT, 2010).

Alguns objetivos foram traçados entre as Nações, vislumbrando o desenvolvimento sustentável do planeta nas esferas econômica, social e ambiental, e no ano de 2015 estes foram reformulados e anunciados para que os países envolvidos pudessem criar juntos um caminho em busca do desenvolvimento global. Dentre estes objetivos, o 3º inclui nas suas perspectivas a redução das taxas de mortalidade neonatal, da epidemia da AIDS e de outras doenças transmissíveis e ainda, a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual, sendo esta última reafirmada no 5º objetivo, embora em sua descrição conste apenas a perspectiva de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (ONU, 2015).

Consideramos que a redução das taxas de sífilis adquirida, gestacional e congênita impacte positivamente para que se alcance o 3º objetivo e que a garantia do acesso “universal” aos serviços de saúde sexual, não deve se restringir ao gênero feminino, e sim à promoção da saúde sexual, que favoreça o exercício saudável dos direitos sexuais a homens e mulheres durante o seu ciclo vital incluindo, neste aspecto, ações que envolvam a prevenção da sífilis, assim como o seu diagnóstico e tratamento precoces.

No Brasil, a notificação obrigatória da sífilis congênita, gestacional e adquirida datam, respectivamente, de 1986, 2005 e 2010, porém, sabe-se que alguns fatores que envolvem a dificuldade para diagnóstico clínico, laboratorial e até mesmo o não preenchimento e envio da ficha de notificação, podem repercutir em perda de casos e mascarar a magnitude da infecção na população, tanto a nível nacional quanto regional. Contudo, considerando os dados de acesso universal, a região Sudeste e o Estado do Rio de Janeiro mostram-se como cenários acometidos pela sífilis, visto que no ano de 2016 a região foi a que mais teve notificação de casos de sífilis, tanto na sua forma adquirida, quanto gestacional e/ou congênita, e o Estado do Rio de Janeiro, neste mesmo ano, foi o quarto colocado em número de notificações de sífilis adquirida, o segundo em casos notificados de sífilis gestacional e congênita, tendo o maior número de óbitos por sífilis congênita em menores de um ano, dentre todos os Estados brasileiros (BRASIL, 2017a).

A visão da magnitude das doenças através dos dados quantitativos alimentados no SINAN, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e os disponíveis nos Boletins Epidemiológicos, são de suma importância por possibilitarem uma visão panorâmica da sífilis, infecção cujos danos à saúde são incontáveis para a população.

A **justificativa** do estudo se dá pela importância da identificação dos fatores subjetivos e não quantificáveis que envolvem a infecção num cenário tão acometido pela mesma, como é o caso do Estado do Rio de Janeiro, o que poderá favorecer a melhor compreensão do fenômeno, direcionar as ações e qualificar a assistência à saúde, ratificando a relevância de investir em estudos qualitativos que abordem a temática ora em questão, considerando que esta infecção atinge homens, mulheres e crianças.

Dados comparativos entre os sexos, permitiu identificar que os homens são mais infectados pela sífilis do que as mulheres (BRASIL, 2017a; FESTA NETO; CUCÉ; REIS, 2015). No entanto, esta informação quantificável não permite compreender o contexto subjetivo deste fenômeno, explicitando que esforços conjuntos precisam ser efetivados para que, além dos aspectos biológicos e da preocupação exclusiva com o tratamento, que muitas vezes não é realizado ou transcorre inadequadamente, há por trás questões culturais e sociais, como as de gênero, que precisam ser melhor investigadas.

Para Louro (2008, p.26), gênero é uma ferramenta analítica e política que “pretende se referir ao modo como as características sexuais são compreendidas e representadas ou, então, como são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico”. Este mesmo autor diferencia o termo “gênero” de papéis que seriam, simplificarmente, a forma como a sociedade preconiza que seus membros se comportem e se relacionem e, ainda, a descrição do gênero integrante da identidade dos sujeitos, entendida como o sentido de pertencimento do sujeito a diferentes grupos, como étnicos, sexuais, de classe, de gênero etc (LOURO, 2011).

Torna-se necessário compreender os contextos ambiental e relacional em que vivem os homens com diagnóstico de sífilis e, para isso, faz-se importante que se identifiquem as características individuais e coletivas e ainda, os fatores imbricados nesse processo, para que se possa transcender a análise estatística dos dados. Meyer (2010) diz que pesquisas na perspectiva de gênero, além de possibilitarem repensar o processo de socialização dos indivíduos, podem contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

As políticas sociais trazem, como perspectiva, a busca pela igualdade relacionada à construção da democracia (MENICUCCI; GOMES, 2018). A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008) e outras políticas e orientações nacionais, que norteiam o atendimento à população masculina em diversas fases

do ciclo vital, enfatizam unanimemente a importância da assistência integral à saúde dos homens, o que implica no conceito de Integralidade como diretriz e princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, corrobora-se o pensamento de Mattos (2001, 2004) por não limitar seu conceito à integração de práticas preventivas e curativas, e sim, na articulação da responsabilidade profissional, na implementação das Políticas de Saúde e na organização dos serviços de saúde para atender as necessidades da população.

Ao refletir acerca das ações em saúde no que tange à diretriz da Integralidade, ratifica-se que a assistência integral à saúde seja uma referência e, até mesmo, uma meta a ser atingida para a eficiência e qualificação dos serviços e atendimento em saúde.

Nesta pesquisa, considera-se que a assistência em saúde seja constituída por ações prestadas ao longo da existência do homem em diversos contextos, nos âmbitos individual e coletivo, incluindo atividades de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento que tenham relação com a sífilis e que, assim, favoreçam a vivência da sexualidade pelos homens, livre de danos à sua saúde, à de suas parcerias sexuais e a de seus descendentes.

Considerando o exposto, o estudo foi direcionado pelas seguintes **questões norteadoras**: Quais são os fatores sociais e culturais que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento do homem com sífilis? De que forma ocorre a assistência à saúde do homem com sífilis?

Nesta perspectiva delimitam-se o seguinte **objetivo geral**: Discutir os fatores sociais e culturais que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis no homem, à luz da Teoria da Diversidade e da Universalidade Cultural de Cuidado de Madeleine Leininger, e como **objetivos específicos**:

- 1- Identificar os fatores sociais e culturais que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis no homem;
- 2- Descrever a assistência à saúde do homem, em relação à sífilis.

Entre os meses de julho e agosto de 2017, para a realização de uma revisão integrativa, foi realizada uma busca, de forma independente, pela autora e por outra pesquisadora (enfermeira), nas seguintes Bases de Dados: MEDLINE (através da PUBMED), EMBASE, CINAHL, Biblioteca Cochrane, Web Of Science, Portal de Periódicos da CAPES, e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), esta última abrangendo, dentre outros, a BDENF, WHOLIS, MEDCARIB, LILACS, SCIELO, IBECs e PAHO.

Para isso, foram realizadas combinações dos descritores “Sífilis”, “Sífilis congênita” e “Sorodiagnóstico para sífilis” com os descritores: “Saúde do Homem”, “Paternidade”, “Pai” e “Saúde da Família”, não sendo realizado recorte temporal ou seleção de idioma visando

captar o máximo de estudos possíveis. Dessa busca, surgiu um total de 408 publicações, no entanto 210 estavam disponíveis para leitura *online* na íntegra, e destes, 18 adequaram-se a todos os critérios de inclusão.

A leitura dessas publicações possibilitou identificar que as pesquisas que abordavam a sífilis no homem eram, majoritariamente, estudos internacionais, sendo apenas duas publicações brasileiras. Dentre os estudos que integraram esta revisão, 66,7% utilizaram a abordagem quantitativa e para a coleta de dados, 38,9% utilizaram fontes secundárias, como fichas de atendimento ou prontuários.

Quanto aos objetivos dos estudos, 38,9% buscaram detectar IST e comportamentos de risco, associados ao contágio por sífilis na população masculina ou em transgêneros femininos; 16,7% relataram casos de sífilis, 11,1% avaliaram o impacto de ações educativas e os demais traçaram o perfil epidemiológico dos homens infectados pela sífilis. Sendo assim, este resultado aponta para a necessidade de investimento em estudos qualitativos que norteiem a transmissão da sífilis, assim como seu diagnóstico e tratamento.

A realização desta revisão e os incipientes estudos nela encontrados, ratificam a relevância de investir em estudos qualitativos que favoreçam a compreensão subjetiva do fenômeno que envolve o contágio, diagnóstico e tratamento do homem com sífilis, no contexto brasileiro.

O cuidado integral requer esforços no sentido de atender as necessidades individuais e coletivas dos usuários dos serviços de saúde, pois, sem a compreensão do mundo que os cerca e da sua realidade cultural e social, não é possível diagnosticar, planejar e implementar uma assistência em saúde eficaz e que atinja suas metas e objetivos. No que tange à sífilis, a atuação do enfermeiro é de profunda relevância, seja a nível primário, secundário ou terciário, através de ações de prevenção, detecção e tratamento da infecção em homens, mulheres e crianças.

O presente estudo justifica-se por contribuir para desvelar o fenômeno da sífilis no homem e a compreensão de fatores imbricados na transmissão, diagnóstico e tratamento da infecção, visando fornecer subsídios informativos para ações em saúde mais efetivas, que favoreçam a promoção da saúde sexual na população masculina e a redução dos índices da transmissão sexual e vertical.

Ademais contribuirá para a melhoria da qualificação da assistência na saúde do homem acometido pela sífilis, favorecendo a atuação da enfermagem nas áreas preventiva e curativa, mediante ações envolvendo aspectos além dos biológicos e possibilitando investimentos em ações de controle desta infecção secular.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 - A SÍFILIS E SEU IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO NA SAÚDE

As epidemias pelas IST impactam na saúde de crianças, adolescentes e adultos de todo o mundo, variando de acordo com a região e sexo, trazendo repercussões negativas no âmbito físico, psicológico e social, prejudicando notavelmente a qualidade de vida dos infectados. Estima-se que no mundo, a cada ano, surjam 357 milhões de novos casos de IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos de idade, sendo seis milhões, casos de sífilis. Calcula-se que esta infecção, durante a gravidez, seja responsável por 300.000 mortes fetais e neonatais ao ano e por morte prematura de 215.000 lactentes (OMS, 2016).

Esses dados evidenciam a magnitude da infecção por sífilis a nível mundial, entretanto, um acompanhamento mais minucioso com fim comparativo entre as Nações, é dificultado pela escassez de dados internacionais detalhados. Mediante isso, afirma-se que: “La falta de datos sobre las ITS, em particular de datos desagregados por sexo, compromete la respuesta a nivel mundial” (OMS, 2016, p.14). Por isso, as estratégias estabelecidas mundialmente para o combate das IST, orientam a melhorar a qualidade dos dados, desagregando-os por sexo e por idade.

Somente no ano de 2013 os dados relacionados à sífilis foram inclusos no “Relatórios de Progresso da Resposta Global à Aids”, o que possibilitou uma visão global da magnitude da infecção, entretanto, de forma limitada, por considerar as especificidades na descrição de casos ou a notificação de cada Nação (considerando a fase clínica da doença, se a prevalência ou incidência etc), o que torna a comparação do impacto pela sífilis entre as Nações uma tarefa difícil, visto que nem todos os países fornecem esses dados atualizados, não sendo também as informações uniformes.

Os dados disponíveis para acesso irrestrito que descrevem, por país, os indicadores que satisfazem os critérios mínimos globais para validação da eliminação da transmissão da sífilis de mãe para filho, que são (OMS, 2014):

- ▶ A cobertura de pelo menos uma consulta pré-natal em 95% das gestantes;
- ▶ A cobertura $\geq 95\%$ de testes de sífilis em gestantes que fizeram o pré-natal;
- ▶ Indicador $\geq 95\%$ de tratamento das gestantes sífilis-positivo que fizeram pré-natal;
- ▶ Incidência de sífilis congênita ≤ 50 casos por 100 000 nascidos vivos.

Observa-se que apenas cinco países na Europa, dois na África, dois na América, um no Oriente Médio e um no Sudeste Asiático, atingiram ao menos três dos critérios

estabelecidos e acima citados, o que traduz as dificuldades que envolvem tanto o acesso quanto a qualidade da assistência pré-natal fornecida às gestantes de todo o mundo. Reflete também, indiretamente, no contágio pela infecção em mulheres e crianças e, ainda, na suposição do acometimento dos homens, parceiros destas gestantes e pais desses bebês.

Percebe-se, assim, com esta exposição, que a real percepção da magnitude da infecção no público masculino é dificultada, pois, normalmente os dados estatísticos enfatizam os indicadores materno-infantis, inviabilizando traçar um perfil epidemiológico quanto à infecção pela sífilis entre homens no cenário mundial.

Embora dados-piloto do ano de 2012 sobre os novos indicadores de IST de duas regiões, comunicados através do sistema de notificação de progressos da resposta global à SIDA, identificaram que dos dezesseis países do Oriente Médio e do Continente Americano que disponibilizaram dados quanto à infecção por sífilis entre homens e mulheres, em nove deles a infecção acometia mais o sexo masculino (OMS, 2014).

A nível nacional, são disponibilizados anualmente, através do Boletim Epidemiológico da Sífilis, dados que possibilitam o mapeamento estatístico quanto à infecção, permitindo identificar que as notificações de sífilis adquirida e gestacional tiveram aumento progressivo com o decorrer dos anos e, ainda, que os casos de sífilis congênita em menores de um ano, tiveram um crescimento de 3,47% no número de notificações nos últimos 10 anos (2006-2016) (BRASIL, 2017a).

Ao observar o somatório de casos notificados, a partir de 2010 quando a notificação tornou-se obrigatória, ao ano de 2016, a região Sudeste liderou em número de casos de sífilis adquirida, tendo a maior taxa de detecção em todos os anos, com exceção de 2015 e 2016, em que foi ultrapassada pela região Sul; três estados dessa Região estão entre os quatro primeiros em número total de notificação, ocupando o Estado do Rio de Janeiro o quarto lugar geral entre os estados brasileiros, no que tange à totalidade de número de casos notificados entre os anos de 2010 e 2016 e, ressalvados os dois últimos anos, o Rio de Janeiro sempre esteve entre os dez primeiros estados no que se refere à taxa de detecção de sífilis adquirida (BRASIL, 2017a).

Ao considerar os casos totais de sífilis em gestante de 2005 a junho de 2017, a região Sudeste concentrou 44,23% dos casos em todo o Brasil; e no ano de 2016, o Estado do Rio de Janeiro, foi o segundo em número de casos notificados de taxa de sífilis gestacional. De 1998 a junho de 2017, tanto a região Sudeste quanto o Estado do Rio de Janeiro obtiveram o maior número de notificações de sífilis congênita em menores de um ano. E este Estado, referido durante o ano de 2016, apresentou taxa de 11,8 casos/mil nascidos vivos, o que equivaleu a

quase o dobro da média nacional, que foi 6,8 casos/mil nascidos vivos (BRASIL,2017a), ficando ainda mais distante da taxa 0,5 casos/mil nascidos vivos, que seria a expectativa inicial a ser alcançada no país como uma das Metas para o Milênio, até o ano de 2015, renovada atualmente para o ano de 2030 (ONU, 2015).

No que tange à mortalidade relacionada à sífilis transmitida verticalmente, o Rio de Janeiro concentrou um total de 29,3% dos casos brasileiros entre os anos de 1998 e 2016, chegando no ano de 2015 a registrar um total de sessenta e seis óbitos em crianças menores de um ano de vida por esta causa (BRASIL, 2017a).

Sabe-se que a subnotificação é uma problemática para os agravos de saúde, por impedir a visão real da magnitude das doenças a nível nacional e local, mas considera-se, com os dados acima citados, que o Estado do Rio de Janeiro pode estar se empenhando em notificar os casos através do Sistema de Vigilância Epidemiológica e que, talvez outros Estados do Brasil não estejam ainda com esse compromisso de maneira enfática; entretanto, pode-se perceber pelos dados acima, que não só a Região Sudeste mas, sobretudo, o Estado do Rio de Janeiro, encontram-se fortemente acometidos pela sífilis, seja na sua forma adquirida, gestacional ou congênita.

Sabe-se que a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, exclusiva do ser humano, tem evolução crônica e como agente etiológico, o *Treponema pallidum*. Suas principais formas de transmissão são as vias sexual e vertical. A doença possui evolução lenta, alternando períodos sintomáticos e assintomáticos, com peculiaridades clínicas, imunológicas e histopatológicas diferenciadas, sendo subdividida em quatro fases clínicas: primária, secundária, latente e terciária, com variação de sinais e sintomas entre estes estágios. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo os sistemas cardiovascular, neurológico, respiratório e gastrintestinal, provocar lesões incapacitantes e até mesmo levar à morte (AZULAY, 2013;BRASIL, 2007a; 2010b; 2015b).

A descoberta da penicilina e os investimentos voltados para as campanhas preventivas contra o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida) representaram grandes avanços no combate à sífilis (OLIVEIRA;SILVEIRA;NERY, 2012). Marques et al. (2009) afirmam que na década de 90, a incidência da infecção por sífilis caiu em todo mundo ocidental e que os profissionais de saúde deixaram de atender casos de sífilis e de raciocinar quanto ao seu diagnóstico, sendo ainda, na sua fase secundária, confundida com outras doenças dermatológicas.

Trata-se de problemática que, além de dificultar o diagnóstico e retardar o tratamento, favorece a propagação da doença na população, acaba por mascarar os dados estatísticos que

não retratam a realidade, pois, se não detectada, não é contabilizada como caso suspeito e/ou confirmado, impossibilitando a visibilidade epidemiológica da doença.

Sabe-se que a sífilis é uma das IST que podem ser tratadas por meio de ações e programas e tem para seu diagnóstico, exames sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo, mas que ainda culmina em sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007a), o que sinaliza a importância de redirecionar o planejamento e a implementação de ações para o seu combate, uma vez que sensibilizar a população em geral para seus malefícios, alertará quanto ao seu impacto negativo na saúde de homens, mulheres e crianças.

Além da possibilidade de comprometer tecidos e órgãos, a infecção pela sífilis aumenta a possibilidade de contrair HIV (GUY et al.,2012; FAN et al.,2012; DAS et al.,2015; BRASIL, 2016a). Ratifica esta afirmação um estudo realizado em Chengdu, na China, demonstrando que os indivíduos infectados pela sífilis foram seis vezes mais propícios a estarem infectados também pelo HIV (ZENG et al., 2014).

Nesta perspectiva, infere-se que o controle da sífilis impacte positivamente na prevenção do contágio pelo HIV. Além disso, relatos de sífilis primária e secundária são grandes fontes de incidência por HIV e com o bom manejo da sífilis precoce (primária e secundária), o tratamento dos parceiros interrompe a cadeia de transmissão da doença (OMS, 2014).

O HIV é associado a uma série de manifestações orgânicas que repercutem em comprometimento agudo e crônico nos diversos sistemas do organismo, como o digestivo, o hematológico e o neurológico, podendo ainda favorecer infecções oportunistas e neoplasias, requerendo acompanhamento de saúde especializado, realização de exames laboratoriais periódicos e, em alguns casos, uso de terapia antirretroviral (BRASIL, 2015b). A sífilis no indivíduo vivendo com HIV, pode apresentar-se de forma atípica, com evolução grave e mais aguda (AZULAY, 2013) comprometendo, sobremaneira, o seu estado de saúde.

A disseminação do agente etiológico da sífilis pela corrente sanguínea e a sua passagem pela placenta, ocasionam a infecção no feto, culminando na sífilis congênita, capaz de resultar em abortamentos, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte. O recém-nascido infectado, pode apresentar lesões bolhosas na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e no ânus, ou não apresentar sintomas, quando a infecção permanece latente, vindo a se manifestar durante a infância ou na vida adulta (BRASIL, 2003; 2010b).

Sabe-se que de todas as doenças que podem ser transmitidas durante a gestação, a sífilis é a que tem maior taxa de transmissão, sendo o seu contágio vertical um grande problema de saúde pública no Brasil, que pode ocorrer em qualquer período da gestação

ou fase da doença. A taxa de transmissão vertical em grávidas não tratadas, é em torno de 70 a 100% na fase primária e secundária da doença, reduzindo para 30% nas fases latente tardia e terciária, sendo o risco de aborto, natimorto ou morte perinatal em torno de 40% das crianças infectadas, filhos de mães não tratadas adequadamente (BRASIL, 2006a).

A sífilis congênita, a nível de classificação, pode ser categorizada em dois estágios: *precoce*, quando diagnosticada até os dois anos de vida e *tardia*, quando identificada após este período. Sendo assim, há necessidade de investigar a doença em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis, diagnosticada na gestação, parto ou puerpério, ou em todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2006a).

A sífilis congênita, considerando seu diagnóstico e tratamento, é mais complexa do que a sífilis materna e ainda requer um prolongamento da internação, podendo acarretar danos individuais, familiares e custos adicionais ao sistema de saúde (MAGALHÃES et al., 2013), o que requer, urgentemente, uma revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização da equipe de saúde no enfrentamento de um problema que é evitável (DOMINGUES et al., 2013), visto que os custos do manejo adequado da sífilis na gestante seria menor e ocasionaria menos danos psicológicos e sociais do que a internação do recém-nascido para tratamento terapêutico, com manipulação deste e uso de técnicas invasivas.

Ousa-se ainda nesta conjuntura, vislumbrar quanto ao enfoque preventivo das IST, incluindo a sífilis, como forma de homens e mulheres serem protagonistas na vivência da sexualidade, desde que de forma saudável, evitando o contágio e a transmissão aos seus pares e descendentes, das doenças transmitidas pela relação sexual o que, certamente, implicaria em minimizar danos emocionais, sociais e econômicos a nível individual e coletivo.

A sífilis foi incluída como umas das três infecções transmitidas pelo sexo, que requer combate e controle imediato para reduzir suas drásticas consequências, neste caso, voltados principalmente à saúde da criança, pela sua transmissão vertical durante a gravidez (OMS, 2016).

Em setembro do ano 2000 ocorreu a Conferência do Milênio, ocasião em que a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu líderes dos Estados, dentre eles o Brasil, a fim de traçarem os objetivos para o desenvolvimento dos países e a erradicação da fome e da pobreza, sendo incluídos como metas a redução da mortalidade infantil, a melhoria da qualidade da saúde materna e, ainda, o combate ao HIV e outras doenças.

Visto isso, uma das propostas seria a eliminação da sífilis congênita até o ano de 2015, estabelecendo como meta o indicador menor que 0,5 a cada 1.000 nascidos vivos

(OPAS; OMS, 2010; BRASIL, 2014a). Por não terem alcançado satisfatoriamente esses objetivos, de 25 a 27 de setembro de 2015 os chefes de Estado reuniram-se novamente, anunciando 17 novos objetivos e 169 metas para trilhar um caminho rumo ao desenvolvimento sustentável mundial. No que tange à sífilis congênita, tem-se novamente a perspectiva de atingir essa taxa referida até o ano de 2030, além de combater a epidemia da AIDS e outras doenças transmissíveis e, ainda, promover a saúde sexual e reprodutiva como acordado nas Conferências Internacionais de Cairo e Pequim (ONU, 1995).

Almeja-se como expectativa mundial, atingir um patamar de não haver casos de complicações e mortes oriundas de IST, incluindo o acesso universal fácil e gratuito a serviços de prevenção e tratamento para tais doenças atuando, principalmente, com populações específicas. Ademais, objetivando por fim na epidemia de IST até o ano de 2030, estabeleceu-se mundialmente como metas: reduzir em até 90% a incidência de *Treponema pallidum* em todo o mundo e reduzir para 50, ou menos, o número de casos de sífilis congênita para cada 100.000 nascidos vivos, em 80% dos países (OMS, 2016).

Em 2011, trazendo como uma das considerações o compromisso firmado internacionalmente pelo Ministério da Saúde no sentido de reduzir a taxa de incidências de sífilis congênita, instaura-se a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que consiste em rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, tendo como um dos princípios o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens e no que concerne ao pré-natal e puerpério, dentre outros, voltar as ações à prevenção e tratamento das IST (BRASIL, 2011a).

O controle das sequelas e complicações das IST, incluindo as consequências da transmissão vertical da sífilis, requer medidas de prevenção e redução da prevalência da doença entre adultos e adolescentes, pois, com a menor circulação da bactéria, menos mulheres em idade fértil serão contaminadas, não levando a doença para possíveis gestações, ou seja, inviabilizando a possibilidade de transmissão vertical da doença (OMS, 2014).

A Portaria n° 542 de 22/12/1986 e a Portaria n° 33 de 14/07/2005, ambas do Ministério da Saúde, incluíram a sífilis congênita e a sífilis em gestantes, respectivamente, na listagem de doenças de notificação compulsória. Em 1993, o referido Órgão governamental lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita e, em 2003, criou o Projeto Nascer (BRASIL, 2003) para atuar em maternidades do SUS, localizadas em municípios tidos como prioritários e que atendam a mais de 500 partos ao ano, objetivando capacitar as equipes multiprofissionais dessas maternidades para a melhoria da qualidade do atendimento

às parturientes, puérperas e recém-nascidos, reduzindo a transmissão do HIV e da sífilis congênita, mediante seu controle. Dentre suas ações, destacam-se a testagem e indicação da terapêutica para sífilis e a vigilância epidemiológica.

Considera-se ainda como estratégia, dentre outras, a Política de Prevenção da Mortalidade Materno-infantil do Pacto pela Saúde, instaurada em 2006, que estabeleceu metas de redução da transmissão vertical da sífilis e, ainda, a Portaria nº 3.258, de 2008, que estabelece esta meta como uma das prioridades do “Pacto pela Vida”.

Neste cenário inclui-se também a “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita”, em 2010. Em 2011, a instituição da Rede Cegonha que, dentre suas ações, visa à prevenção das IST durante o pré-natal, disponibilizando o teste rápido para sífilis e, ainda, a criação do Comitê Regional para Validação da Eliminação Materno-Infantil de HIV e Sífilis, que certificará os países que alcançarem as metas estabelecidas, sendo uma delas a taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.

Sabe-se, nesse contexto, que embora a sífilis tenha seu agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, além de tratamento eficaz e de baixo custo, ainda é uma das doenças transmitidas pela relação sexual que mais causa danos à gestante e ao seu filho, persistindo como um grave problema de saúde pública (MAGALHÃES et al.,2011). Contudo, a eliminação da transmissão vertical da sífilis é uma meta alcançável, visto que Cuba foi o primeiro país no continente americano a receber a certificação por ter atingido esse resultado positivo (OPAS, 2016).

O discurso de ter a sífilis possibilidade de tratamento fácil e de baixo custo, contradiz-se ao apresentar algumas barreiras técnicas, institucionais e de gestão, como o impasse para a administração da penicilina benzatina (que é a droga de primeira escolha terapêutica), conforme preconizado pela Portaria 3.161/2011 do Ministério da Saúde, em Unidades da Atenção Básica (COFEN, 2014). Outra dificuldade, como já foi mencionado, é a falta da medicação citada no mercado, decorrente de entraves que abrangem a produção do princípio ativo da medicação (CFM, 2014; G1, 2015a;b).

Outros impasses na busca por erradicar a sífilis apresentam-se através das subnotificações, que podem traduzir a má qualidade da assistência à saúde e a falta de informações na descrição dos casos de sífilis congênita (OLIVEIRA et al., 2014). Este fato, além de limitar estudos ecológicos (SERAFIM et al.,2014; SOEIRO et al.,2014), dificulta tanto para traçar perfis relacionados à doença, quanto estratégias mais efetivas para redução dos níveis da doença na sociedade.

A nível assistencial, a problemática que envolve o diagnóstico e o tratamento da infecção também encontram desafios, conforme estudo de levantamento epidemiológico realizado em uma maternidade municipal na cidade do Rio de Janeiro, durante os anos de 1999 e 2001, ao detectar que a maioria das mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre de gestação e que as duas rotinas de realização do exame de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) nas gestantes, foram atingidas em menos de 50% dos casos (SILVA et al., 2009). Estes dados demonstram que, minimamente, as orientações do Ministério da Saúde no que se refere à assistência pré-natal, que poderia impactar na redução dos índices de sífilis congênita que, neste caso, traduz-se no ideal de iniciar atendimento a gestante ainda no primeiro trimestre, a fim de obedecer a rotina laboratorial, não são atingidos.

Outro estudo realizado em maternidade, também localizada na cidade do Rio de Janeiro, constatou alguns dados que podem ser descritos como barreiras que dificultam o controle da sífilis congênita, como: o desconhecimento da transmissão da sífilis e a prevenção do contágio, a descontinuidade do tratamento pelas mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação e a dificuldade de não adesão ao tratamento pelos parceiros sexuais (SILVA; SANTOS, 2004).

Em contrapartida, sabe-se que a gestante ao se sentir apoiada pelo parceiro durante a gravidez, tem cinco vezes mais chances de ser tratada do que aquelas que não possuem apoio do cônjuge, assim como os parceiros que apoiam as suas mulheres, têm 24 vezes mais chances de se tratarem, além do que os companheiros que recebem informações sobre a doença, têm até quatro vezes mais possibilidades de se tratarem se comparados àqueles que não obtiveram tais informações (HILDEBRAND, 2010).

A ciência do não tratamento por parte dos parceiros sexuais das gestantes com sífilis, é uma variável para considerar as gestantes inadequadamente tratadas e, nesta perspectiva, Hildebrand (2010, p. 2) afirma que “no contexto da luta contra a sífilis congênita, a figura do parceiro da gestante, pessoa cujo tratamento é fundamental para o processo de cura da sífilis nas mesmas, tem sido pouco lembrado nos estudos e nos serviços de saúde”.

Considera-se que para alcançar melhores resultados no enfrentamento da sífilis congênita, seja necessário investir na compreensão da mulher, do parceiro e em uma assistência holística, para que se possa entender e cuidar do ser humano na sua integralidade, escutar a mulher e, ao saber um pouco da sua história de vida, direcionar o cuidado de forma mais coerente (SILVA; SANTOS, 2004).

Mas como saber a história de vida desse casal? Se o acesso ao homem é limitado? Se

há uma visão da maior responsabilização da mulher pela concepção e a assistência gestacional é voltada ao cuidado biomédico? Fatores que favorecem a presença maciça das mulheres nos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal ou nos centros obstétricos e alojamentos conjuntos em que, inclusive, contesta-se o período de licença maternidade/paternidade, considerando que esse pai precisa voltar precocemente às atividades laborais trabalhistas, sendo impossibilitado de acompanhar/visitar seu filho com maior frequência, nos casos da internação prolongada para tratamento da sífilis congênita. E nesse sentido, o contato maior termina sendo com a mãe, que fica diretamente com seu bebê durante a internação, assim dificultando ouvir esse homem, inviabilizando compreender a sua história de vida e o contexto do contágio da sífilis no casal.

E ao refletir sobre o homem nesse universo, busca-se compreender qual o seu envolvimento neste cenário em que, por um lado, espera-se maior participação masculina nos cuidados com os filhos e no investimento da afetividade nas relações entre estes; e por outra visão percebe-se, no que se refere à sífilis e como já foi aqui exposto, uma dificuldade na captação, no tratamento dos parceiros das gestantes, que culmina em maiores possibilidades de transmissão vertical, podendo resultar em mortes e mal formações em seus filhos.

No que tange à Enfermagem, ao considerar a enfermeira uma profissional de destaque na assistência em saúde da mulher, quer seja na área primária ou secundária, Silva e Santos (2004) alegam que a sífilis seja uma grave doença sexualmente transmissível, por acometer o núcleo familiar inteiro, ou seja: pai, mãe e recém-nascido, e que as enfermeiras devem estar alertas, pois, apesar de os protocolos do Ministério da Saúde estarem bem redigidos e adequados ao combate das doenças transmitidas pela relação sexual, não produzirão efeito se a assistência ficar embasada no modelo biomédico, por ser necessário compreender as reais necessidades da clientela.

As autoras supracitadas acrescentam ainda que:

Traduzir o conceito de saúde, doença, bem-estar, mal-estar e até culpabilização da doença, na qual a soropositividade não é apenas responsabilidade do homem, mas também da mulher e, portanto, do casal, possibilita que nossas intervenções de enfermagem adotem uma abordagem humanística. (SILVA; SANTOS, 2004, p.397)

E nesta perspectiva, inserem-se as questões que transcendem os aspectos anatomofisiológicos do período gravídico, envolvendo temáticas mais complexas que requerem problematização e compreensão, uma vez que abrangem aspectos sociais, econômicas e culturais.

Sendo assim, necessitamos compreender o contexto do ambiente em que vivem

homens e mulheres com diagnóstico de sífilis. Para isso, faz-se necessário que possamos identificar as características individuais e coletivas, as questões culturais e sociais nelas imbricadas e, assim, transcender a análise estatística de dados.

Até aqui dados mundiais e nacionais permitem-nos identificar que a sífilis acomete a população masculina, limitando-nos apenas a afirmar que os homens são mais infectados que as mulheres fora do período gestacional, isto porque os dados estatísticos relacionado à sífilis adquirida restringem-se a esse comparativo por sexo, embora a preocupação nacional e internacional seja com a redução das taxas de sífilis congênita. Logo, justifica-se o grande número de estudos produzidos com foco na infecção por sífilis em mulheres e crianças e o homem, quando citado, aparece como parceiro da gestante. Mas, e nos casos de homens que não são pais? Ou que se relacionam com outros homens? Ou não se relacionam exclusivamente com mulheres? Alguns estudos mostram que estes são fortemente acometidos pela infecção (GUIMARÃES et al., 2013; SERWIN; KOPER; UNEMO, 2015; CHOW et al., 2016), mas o seu perfil não é descrito nos Boletins Epidemiológicos, mesmo havendo na ficha de notificação de sífilis adquirida, campos específicos que permitiriam identificar a idade, escolaridade, raça e a orientação sexual destes, o que facilitaria estratégias e ações mais direcionadas e, possivelmente, mais efetivas.

Enfatiza-se aqui que, independente da gravidez, momento em que se preconiza o tratamento adequado de gestantes e seus parceiros sexuais, cabe sim às equipes de saúde criarem estratégias para garantir e estimular o acesso ao tratamento completo e eficaz da sífilis, assim como a prevenção, o diagnóstico e a terapêutica precoce de todas as IST em homens e mulheres durante todo o ciclo vital, conduta essa que promove o exercício pleno dos direitos sexuais, evita a propagação das IST na população em geral e no que tange à sífilis, desfavorece possíveis transmissões verticais em futuras gestações, assim como evita os comprometimento orgânicos e mortes que a doença pode causar.

2.2 -SEXUALIDADE, GÊNERO, MASCULINIDADES E O HOMEM COM SÍFILIS

O exercício da sexualidade é influenciado por aspectos culturais e sociais que sofrem alterações ao longo da história. Durante o processo de desenvolvimento, nos diversos contextos culturais e históricos, há um conjunto de expectativas de aprendizagem e atividades para os indivíduos nas distintas faixas etárias. Sendo assim, os roteiros sexuais mantêm uma similaridade ao conceito de projetos ou planos e, embora não resultem necessariamente no comportamento concreto, englobam elementos simbólicos e não-verbais, envolvendo

condutas sequenciais, de forma que as pessoas contemplem o comportamento futuro, permitindo ainda que seja checada a qualidade do comportamento em andamento. São manipuláveis e estabelecem a sequência de ações apropriadas, verbais e não-verbais necessárias para que o comportamento seja bem concluído (GAGNON, 2006).

Stearns (2010) afirma que as culturas sexuais variam e mudam com o tempo, funcionando de acordo com os distintos contextos sociais, em que a história da sexualidade também se relaciona com outras temáticas, como as diferenças de classe e os padrões relacionados ao gênero. Essas diferenciações acarretadas por padrões socioculturais, são enfatizadas por Foucault (1988, p.120), ao afirmar que:

A sexualidade é o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais, por certo dispositivo pertencente a uma tecnologia política complexa, deve-se reconhecer que esse dispositivo não funciona simetricamente lá e cá, e não produz, portanto, os mesmos efeitos.

A sexualidade é expressa ou experimentada “em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos” (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 28) e pertence à vida humana, envolvendo suas histórias, costumes, relações afetivas e a própria cultura, sendo permeada por questões de gênero, orientação, identidade sexual, amor, reprodução e envolvimento emocional (Op.Cit., 2004).

Outrora mantida tradicionalmente em ambiente privado, a sexualidade torna-se cada vez mais pública e abordada sob diferentes ângulos, sendo que a medicina preventiva e o senso comum tendem a generalizar o seu enfoque no comportamento e práticas sexuais, limitados à noção de risco epidemiológico. Já as Ciências Sociais consideram a sua pluridisciplinaridade, sendo objeto de estudo numa tentativa de articular distintos níveis de abordagem. Reconhece-se duas tendências na abordagem da temática: a construtivista-autonomista e a construtivista-relacional. A primeira tenta encará-la como autônoma, na tentativa de separar sexualidade de reprodução e sexualidade/gênero, em que o prazer, o erotismo e as formas de vivenciá-la, tidas como periféricas (homossexualidade, bissexualidade, etc) ganham lugar de destaque; a segunda, confere-lhe uma autonomia relativa ao repensá-la perante os domínios sociais, fundada em classificação hierarquizada entre os sexos (LOYOLA, 1999).

Certamente, pensar as relações entre os sexos e sexualidade, envolve as relações de dominação de um sexo sobre o outro (LOYOLA,1999), em que a cultura é responsável por transformar corpos em entidades sexuadas e socializadas, envolvendo questões de gênero e de orientação sexual. A história da sexualidade é marcada por comportamentos determinados

por distintos fatores, dentre eles os papéis de gênero (STEARNS, 2010). Na sociedade contemporânea, as identidades de gênero e os atributos sociais a ela atrelados, influenciam o exercício da sexualidade e, nesta perspectiva, Heilborn (1999) afirma que o início da vida sexual para os homens, caracteriza uma mudança de *status* etário e marca a entrada no universo masculino, onde o rapaz satisfaz as demandas sociais de “mostrar-se homem”.

A mesma autora descreve ainda que no homem adulto, o exercício da sexualidade enfatiza a aquisição do aprendizado técnico que envolve o ato sexual, atrelando a masculinidade a uma disposição ativa para a relação sexual, explorando as suas múltiplas possibilidades, o que relaciona a figura masculina do “namorador” e/ou “garanhão”, em que a infidelidade é tida como parte da natureza masculina, vislumbrando experiências sexuais variadas (HEILBORN, 1999).

Os homens, historicamente, nas esferas privada e pública, dominam individual e coletivamente as mulheres e, em virtude disso, são-lhes atribuídas vantagens materiais, simbólicas e culturais. No processo de socialização, os meninos são educados a combaterem comportamentos e situações que poderiam associá-los às meninas. E com relação à dominação entre os próprios homens, produz-se o processo de homofobia, que é relacionado à discriminação contra os indivíduos que se mostram de forma distinta do que é determinado como papel masculino, ou quando a eles são atribuídas características do outro gênero. Na área da sexualidade, a heterossexualidade é apresentada ao homem como forma natural do exercício da sexualidade e toda a forma diferenciada de expressá-la é desvalorizada, fazendo com que os homens que vivenciam a sexualidade de outras maneiras, sejam discriminados, tidos como “passivos” e anormais (WELZER-LANG, 2001).

Algumas problematizações, incluindo legislações, vem ganhando espaço no intuito de promover os direitos sexuais e respeitar a liberdade de escolha nessa área, possibilitando outras formas de expressão da sexualidade para além da heterossexualidade, tida como regra e como um dos atributos da masculinidade. Neste âmbito, cita-se a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo, instaurado pela Resolução 175, instituída em 14 de maio de 2013, fundamentada na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.277 e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 132, que estabelecem uma nova interpretação ao Artigo 1.723 do Código Civil entendida, à época, final da década de 80, como entidade familiar, a união estável apenas entre homem e mulher.

Nesta conjuntura, a sexualidade tida como algo fundamental em todo o ciclo vital de homens e mulheres, que está presente no universo humano desde o nascimento até a morte, englobando aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais, é hoje vivenciada numa nova

perspectiva, com tendência para a exclusão de rótulos “normais” e “anormais”, enfatizando a discussão dos comportamentos e práticas sexuais sem preconceitos ao considerar, inclusive, a relatividade destes quanto à cultura, contexto histórico e social. Reconhece-se que trabalhar com questões que envolvam a esfera da sexualidade, seja atrelado à qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, a saúde sexual é descrita como “a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis” (PATRIOTA, 1994, p.62), tornando importante a contextualização e a problematização de aspectos relevantes à sexualidade, incluindo sua forma de expressão e exercício na assistência à saúde individual e coletiva, versando a promoção do direito de exercê-la livre, responsável e saudavelmente, sem preconceito.

No contexto feminista, *gender* passa a ser usado distintamente de *sex*, vislumbrando rejeitar o caráter biológico ao se usar o termo “sexo”, sendo uma forma de se indicar as “construções sociais” dos papéis estabelecidos a homens e mulheres, que compreendem as relações de poder e interação humana (SCOTT, 1995; LOURO, 2011). Para Muraro e Boff (2002), não basta constatar que existem diferenças de gênero, pois, o imprescindível seria considerar suas construções socioculturais e identificar como elas se refletem nas relações de dominação entre os sexos e nos conflitos oriundos destas.

Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Portanto, o gênero é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. (BRASIL, 2010a, p.17)

Percebe-se, assim, que o processo de ser homem e ser mulher não ocorre de forma puramente “natural”; ele é instituído em meio à cultura, onde a construção do gênero se dá ao longo da vida, por aprendizagens e práticas culturais e sociais (LOURO, 2008). E neste contexto, como já foi dito, a masculinidade se dá através da repressão de aspectos femininos (SCOTT,1995), em que a figura do homem, além de se relacionar com a masculinidade, refere-se à virilidade, superioridade e coragem, enquanto a da mulher refere-se à feminilidade, inferioridade, fraqueza e passividade (CHAVES,1994).

A masculinidade, por sua vez, é configurada por práticas organizadas pelas relações de gênero, que se alteram ao longo do tempo nas classes e segmentos sociais, representando “um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura” (GOMES,2008, p.70) e, neste contexto, a masculinidade

hegemônica normativa estabelece um padrão de condutas e ações que culmina na forma mais honrada de ser homem, possibilitando a posição de dominância do homem e subordinação da mulher (CONNELL; MESSERCHMIDT, 2013). Porém, é reconhecido que exista mais de um tipo de masculinidade na sociedade, tornando comum o emprego do termo “masculinidades” (CONNEL, 1995).

O conceito de masculinidade hegemônica, embasado no modelo tradicional em que o homem é intitulado, dentre outros, como viril, heterossexual e agressivo, é redefinido com os novos modelos de masculinidade em que se evidencia, por exemplo, uma redefinição do papel do pai e, nesse sentido, na atualidade, percebe-se a pluralidade de modelos masculinos e isso requer melhor compreensão das diversas formas de construção das masculinidades, da maneira de se viver as identidades de gênero e sexual (SILVA, 2006).

O modelo hegemônico de dominação masculina valoriza características como força, coragem, resistência, potência, invulnerabilidade e atividade (que na área da sexualidade, é contrária à passividade), e o homem deve se posicionar de forma a ser sexualmente ativo e permanentemente desejoso de sexo (GOMES, 2008). Infere-se, então, que as questões de gênero e o conceito de masculinidade, envolvem o processo saúde-doença e a trajetória de vida dos indivíduos, sejam eles homens ou mulheres. E nessa perspectiva, no campo da sexualidade, é dito que os medos sexuais culminam, por parte dos homens, na resistência ao cuidado com a saúde que traz, como consequência, dificuldades na prevenção e adesão ao tratamento das IST (GOMES, 2010).

Algumas especificidades norteiam a população masculina, como o fato deles terem mais parceiras casuais do que as mulheres (PINTO et al., 2014). Nesses casos, uma das orientações de cunho internacional no âmbito da prevenção das IST, é a reflexão quanto a comportamentos que evitem a vulnerabilidade do contágio, como reduzir o número de parcerias sexuais (OMS, 2016), isto porque se sabe que os homens, no processo de educação/socialização atrelado à masculinidade e afirmação da virilidade, acabam sendo estimulados a manterem esse comportamento. E quando relacionado ao universo LGBTI¹, pela discriminação e tendência ao sigilo dessas relações, levam à prática do sexo casual (TERTO JR., 1996) resultando, nos dois casos, que eles fiquem mais expostos à infecção pela sífilis.

Outro aspecto negativo na assistência à saúde do homem é o fato de que, embora existam iniciativas e orientações para inclusão e acolhimento dos homens nos serviços de

¹ Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e pessoas intersexuais - Sigla que enfatiza uma diversidade de sexualidades e identidades de gênero (UNAIDS, 2017).

saúde e em alguns grupos direcionados ao público masculino, estes ainda procuram esses serviços quando possuem alguma queixa ou sinais mais avançados de doença, sendo atendidos por especialistas, ao invés de uma Unidade Básica de Saúde localizada próximo à sua residência, que deveria ser a porta de entrada para o SUS gerando, inclusive, maiores custos governamentais (BRANCO et al, 2009; OLIVEIRA et al., 2015; TRILICO et al., 2015).

Nesta conjuntura, os homens apresentam ainda a visão de serem as IST algo natural do universo masculino (SILVA, 2016) e, no que tange especificamente à sífilis, esta pode representar um sinal de virilidade (CARRARA, 1996; SILVA, 2003) que, por sua vez, é vista como um dos atributos mais acentuados da masculinidade (GOMES, 2008). Infere-se, então, em como a infecção por sífilis deve ser representada dentro do universo masculino, pois a sua naturalização pode, inclusive, desvalorizar a importância do seu diagnóstico e tratamento precoces.

Outros fatores influenciam negativamente a assistência à saúde do homem. Um deles é que, ao serem comparados às mulheres, são mais displicentes com a saúde, procurando os serviços como último recurso, quando já estão bastante debilitados. Existe ainda uma visão de ser o homem menos suscetível a contrair enfermidades do que as mulheres, numa espécie de “invulnerabilidade masculina” (LEITE, 2016), crença esta oriunda do processo de socialização do homem, preparado para ser uma pessoa forte e autônoma, que exerce a sexualidade como prova de masculinidade (SCOTT, 2010).

Contribui para este cenário, a ausência do público masculino nas Unidades de Saúde, associada ao foco materno-infantil fornecido nas mesmas (COSTA et al., 2013), tendo pouca ou nenhuma ação específica voltada para a população masculina. Contudo uma estratégia política lançada pelo Ministério da Saúde e que foi a primeira ação a inter-relacionar a saúde do pai à materno-infantil, e esta veio favorecer o acesso dos homens aos serviços, é denominada “pré-natal masculino”, que visa a estimular o pai a frequentar as Unidades de Saúde de maneira preventiva (BENZAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Além de sofrer as mazelas oriundas do contexto de “invulnerabilidade”, que justificam seu autocuidado limitado e o cuidado voltado a ele reconhecido como minoritário, o que certamente contribui para aumentar sua vulnerabilidades ao contágio, desfavorecer seu diagnóstico e tratamento precoce, o homem enquanto parceiro e/ou pai, é relacionado como um dos culpados pelas altas taxas de transmissão vertical da sífilis, visto que o Ministério da Saúde considera que o tratamento da gestante acometida pela doença, é relativamente simples e a prevenção da transmissão vertical pode alcançar a taxa de 100%. No entanto, um dos critérios estabelecidos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada, é o de

que o seu parceiro sexual também tenha sido submetido ao tratamento, o que ainda não é a realidade majoritária no contexto brasileiro (BRASIL, 2006a; 2015a; 2017a).

Assim, a sífilis congênita continua sendo um desafio para o Ministério da Saúde (MELLO; SANTOS, 2015) e, neste cenário, vem sendo discutida em estudos como a tese de Doutorado intitulada: 'História de Vida de Mães com Sífilis', que considerou como um grande impasse para a prevenção da sífilis congênita, a dificuldade no que tange ao diagnóstico e tratamento dos parceiros das gestantes infectadas pela sífilis, identificando como barreiras algumas questões de gênero que incluíram dificuldade para negociação do uso da camisinha e a recusa dos homens em realizarem os exames diagnósticos laboratoriais (SILVA, 2003).

Na atualidade, alguns estudos de distintas regiões do Brasil mantêm a vertente de que o não tratamento do parceiro sexual, continua sendo um impasse ao combate à sífilis congênita demonstrando, assim, que este entrave não se limita a uma região, e sim reflete a realidade nacional (OLIVEIRA et al., 2014; SERAFIM et al., 2014; SOEIRO et al., 2014; ARAÚJO et al., 2008; KOMKA; LAGO, 2007; CAMPOS et al., 2012; COSTA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013; LIMA et al., 2013; MELLO; SANTOS, 2015).

No entanto, são poucas as investigações que envolvem as dificuldades relacionadas ao tratamento dos homens com sífilis, embora o entendimento do que acontece com eles seja fundamental para a eliminação da sífilis congênita, fenômeno que envolve questões complexas (CAMPOS et al., 2012) e, certamente, permeia também questões sociais, econômicas e culturais.

O Brasil assumiu internacionalmente como cumprimento das Metas do Milênio, o compromisso de até o ano 2015 baixar o indicador de sífilis congênita para índice menor que 0,5 a cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014a; OPAS; OMS, 2010). Mas essa meta não foi cumprida; pelo contrário, o número de casos aumentou gradualmente no ano de 2016 e a média nacional atingiu níveis de 6,8 casos/mil nascidos vivos (BRASIL, 2017a). Ou seja, a realidade do país está muito distante de alcançar as metas internacionais que parecem um sonho distante, mas não impossível, visto que 17 países do continente americano forneceram dados sugerindo já terem conseguido a eliminação da sífilis em sua forma vertical, sendo Cuba, em 2015, o primeiro país a receber da OMS a validação por eliminação da sífilis congênita (OPAS, 2016).

Certamente, buscando repetir esse feito em outras Nações e ainda provocar outros resultados positivos para alcançar o desenvolvimento sustentável, novas estratégias já foram

traçadas no mais recente acordo mundial para o desenvolvimento sustentável do planeta, quando foi elaborada a “agenda 2030”, contemplando 17 objetivos e 169 metas que visam estimular ações nos próximos 15 anos em áreas de importância crucial para toda a humanidade, destacando-se os seguintes (ONU, 2015):

- Reduzir as taxas de mortalidade materna;
- Acabar com as mortes evitáveis de recém nascidos e crianças menores de 5 anos;
- Reduzir a epidemia de AIDS e de outras doenças transmissíveis;
- Assegurar acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Ao considerar o plano já alinhado, anteriormente citado, e o seu 3º Objetivo para o desenvolvimento sustentável, a ONU e a OMS, através do 55º Conselho Diretor (OPAS/OMS, 2016), aprovaram o Plano de Ação para a Prevenção e Controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016-2021), que pretende dar continuidade e alavancar os avanços obtidos através do prévio Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS e DST (2006-2015) anterior e da Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis Congênita (2010-2015).

No Brasil, em especial no Rio de Janeiro, um dos objetivos ao se estabelecer um plano de enfrentamento da sífilis congênita no eixo da Atenção Básica, é desenvolver estratégias de busca ativa que culminem no tratamento de 100% dos parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis, disponibilizando testagem com aconselhamento, garantindo o diagnóstico, tratamento e seguimento desses homens (SES/RJ, 2015). Entretanto, na prática assistencial, a captação dos parceiros para tratamento é algo muito aquém do desejado, o que favorece a reinfeção das gestantes tratadas previamente, visto que no Brasil, em 2016, apenas 15,2% das que foram infectadas pela sífilis, tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2017a).

No ano de 1992, o Ministério da Saúde ao se propor eliminar a sífilis congênita como um problema de saúde pública, trouxe algumas estratégias, como a prevenção da ocorrência de sífilis em mulheres em idade fértil, visando evitar a transmissão da sífilis adquirida materna para a criança; uma nova definição de casos de sífilis congênita também foi criada visando detectar precocemente os possíveis casos, elevando a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica para detecção do maior número de casos possíveis, sendo estabelecido como um dos critérios para determinar um caso presumível ou confirmado, crianças nascidas de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente da presença de sinais ou sintomas e resultados laboratoriais. Posteriormente, em 1999, o tratamento do parceiro também foi incluído como um critério para a definição de tratamento

adequado da gestante.

E na revisão da definição de casos de sífilis congênita, em 2003, em que se estabeleceu quatro critérios como passíveis de notificação, o tratamento não adequado da gestante incluiu: o tratamento inadequado do parceiro, o fato de não se ter acesso à informação quanto ao seu tratamento ou ausência de queda dos títulos, após o tratamento deste (TAYRA et al., 2007). Entretanto, no atual Protocolo Clínico para atenção a pessoas com IST, a ausência de informações quanto ao tratamento do parceiro sexual da mãe, deixa de ser um critério para notificação do caso como sífilis congênita (BRASIL, 2015a).

Percebe-se, assim, que os dados de contágio e tratamento quanto à sífilis, referentes aos homens, primeiramente atrelaram-se à eficácia do tratamento das gestantes, vislumbrando a não contaminação fetal, não priorizando assim o fato de a infecção poder atingir os homens, acarretando-lhes danos físicos, sociais e emocionais a curto, médio e longo prazos, o que provavelmente dificulta a detecção do perfil epidemiológico da sífilis na população masculina brasileira, assim como na visibilidade dos malefícios provenientes da infecção, pois, além de provocar danos às suas parceiras, principalmente durante a gestação, assim como à sua prole, os danos individuais não são amplamente divulgados e minuciosamente descritos nas fontes de dados, seja através dos Boletins Epidemiológicos lançados anualmente, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Brasil, ou mesmo nos próprios Manuais e Protocolos Clínicos frequentemente atualizados.

Nesta perspectiva, havia carência de dados nacionais que retratassem a magnitude da infecção no público masculino. Somente no final do ano de 2016, com o lançamento do Boletim Epidemiológico, contemplou-se pela primeira vez os casos notificados de sífilis adquirida em homens, a partir do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN), que tem notificação obrigatória da doença desde 2010, sinalizando que, do total de casos registrados, a sífilis atingiu em maior proporção o universo masculino, variando de 58,4% a 62,6% do total de casos notificados (ANEXO A) (BRASIL, 2017a). Trata-se, portanto, de uma tendência que possivelmente converge para o perfil de homens de outros países (OMS, 2014), demonstrando que, em todo o mundo, eles foram e continuam acometidos pela infecção por sífilis.

Apesar de dados oficiais brasileiros só terem sido divulgados em 2016, recentemente, estudos de casos realizados no Brasil, já demonstravam como a doença se manifestava nos homens, exemplificando casos de: alopecia, adenomegalia inguinal, linfadenopatia cervical, esplenomegalia, lesões generalizadas equivalente a fase secundária da doença, crise demencial oriunda da neurosífilis e isquemia miocárdica por aortite

sifilítica, representando a doença em sua fase terciária (MARQUES et al., 2009; WANG et al., 2009; OLIVEIRA; SILVEIRA; NERY, 2012; FOREST; BARROU; VERNY, 2013).

O impacto da sífilis nos homens também foi descrito a nível nacional e internacional, inclusive alguns estudos quantitativos indicaram que sua taxa de prevalência no sexo masculino, mostrara-se maior do que o HIV (YANG et al., 2010; FAN et al., 2012; LUO et al., 2015; DAS et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2013; XU et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2014). Estudo realizado na China com o intuito de investigar os padrões de IST e da prevalência do HIV entre os participantes do sexo masculino de clínicas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, observou que a infecção por sífilis entre os participantes, era superior à infecção por gonorreia e clamídia, sendo maior que a prevalência do HIV em mais de 90% ao se considerar apenas os homens infectados por uma das duas doenças (WANG et al., 2011).

Outro estudo, realizado com homens nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, chamou a atenção dos autores pela alta proporção de experiências com IST envolvendo diretamente os participantes ou a sua rede social, pois, nos grupos com média de doze homens, houve em cada um, relatos de três a seis casos, ocasião também em que a sífilis foi tida como uma das doenças de maior prevalência (SILVA, 2016).

Esses dados e resultados de pesquisas anteriormente realizadas, demonstram que a doença quando voltada aos homens, embora de pouco interesse entre a população geral e das Instâncias governamentais, atinge fortemente a população masculina o que justifica, não somente pela sua magnitude, mas também pelos seus efeitos negativos na vida dessa população, a necessidade de reconhecermos a realidade epidemiológica nacional e regional da infecção por sífilis nos homens, assim como as causas do contágio e dos fatores que influenciaram o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos mesmos.

A preocupação com a infecção dos homens pelo *Treponema Pallidum*, assim como investir esforços para qualificar a assistência ao homem com sífilis, implementando também ações que promovam evitar o seu contágio, não apenas atrelado exclusivamente aos possíveis risco para as mulheres e/ou crianças, fundamenta-se nos direitos à vida, à saúde e ao exercício da sexualidade de forma saudável, garantidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e ainda no Direito sexual, compreendido como um direito humano.

As interferências das questões de gênero no processo saúde-doença e o fato de os homens acessarem em menor frequência os Serviços de Saúde, são questões que dificultam o acesso a eles com o intuito tanto de tratá-los, como de planejar ações preventivas, pois isso

requer compreender o universo vivido pela população masculina, assim como o contexto em que vivencia a sexualidade e em que ocorre o contágio pela sífilis.

Nesta linha de raciocínio, um dado alarmante evidenciado por alguns estudiosos, é a baixa adesão consciente ao uso do preservativo pelos homens, tanto na relação com outros homens quanto com mulheres; em alguns casos, eles são ainda mais negligentes nesse aspecto ao manterem relação sexual com o sexo feminino (XIAO et al., 2009; XU et al., 2011; LIAO et al., 2011; LOU et al., 2015; DAS et al., 2015; ZENG et al., 2014).

Um dos fatores que levaram os entrevistados de um estudo na Austrália a não realizarem a testagem para sífilis, foi o desconhecimento de que a doença pudesse não apresentar sintomas (GUY et al., 2012). Outro estudo, ao caracterizar a prevalência de sífilis dentre outras IST, entre os clientes das profissionais do sexo, detectou que houve associação ao risco de contágio pela sífilis entre os homens que responderam que sempre lavavam a genitália após a relação sexual, o que pode ser vinculado a um falso conhecimento de que esse tipo de higienização fosse fator protetivo contra a infecção (YANG et al., 2010), o que traduz a desinformação desses homens quanto à cadeia de transmissão das IST.

Estudos nacionais e internacionais (YANG et al., 2010; BREWER et al., 2011; HURTADO et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2013) detectaram maior prevalência de sífilis entre homens que mantêm relação sexual com outros homens, com baixa escolaridade, *status* social desfavorecido, cor não branca, que praticam sexo comercial, usam bebidas alcoólicas e drogas, achados que podem representar contextos sociais e culturais que possivelmente se refletem negativamente, tanto no acesso a medidas preventivas, quanto no diagnóstico e tratamento precoces da sífilis.

Revisão de literatura realizada durante os anos de 2000 a 2010, visando descrever a prevalência de sífilis em homens que faziam sexo com homens, transgêneros e profissionais do sexo na América Latina e Caribe, observou que das 48 pesquisas que compuseram o estudo, apenas três forneceram dados sobre os homens profissionais do sexo, que a literatura concentrava-se em mulheres profissionais do sexo e que menos atenção é dada aos problemas de saúde deles (ZONI; GONZALEZ; SJOGREN, 2013).

Todos esses resultados de pesquisas demonstram que muitas questões estão imersas no cenário em que o homem infectado por sífilis se encontra. Sendo assim, precisam ser compreendidas em sua essência, visto que os dados quantitativos, tanto do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) como do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), dentre outros, são de suma importância por possibilitar uma visão panorâmica da sífilis enquanto enfermidade e seus danos contáveis, principalmente no que

tange à saúde da mulher e da criança. Entretanto, o caráter não quantificável que embute características individuais e coletivas em que estão imersas questões culturais, dentre outras, nos é fornecido através de outro tipo de abordagem em pesquisa, quando se utiliza como estratégia o estudo qualitativo, pois percebe-se que esta problemática envolve assuntos que transcendem a análise estatística de dados.

Para a reflexão e a compreensão dos fatores que envolvem o tratamento dos homens com sífilis, exige-se vencer o modelo biomédico com enfoque na doença, que visa cumprir estabelecimentos ministeriais e seguir protocolos através de ações pontuais, engessadas e pouco reflexivas, na tentativa de captar o homem por meio da ação intitulada como: “convocação do parceiro”, desconsiderando o contexto das relações entre as parcerias sexuais que podem envolver algumas situações peculiares que não tem uma resolução de problemática simples, numa espécie de passo-a-passo, ou “receita de bolo”, como: a violência, em que a mulher ao temer revelar o diagnóstico pelo risco do parceiro suspeitar de relações extraconjugais, pode se tratar em silêncio e continuar mantendo relações sem o uso do preservativo, favorecendo uma possível re-infecção; o homem pode perceber a sífilis como algo natural do universo masculino, que não requer urgência de tratamento por não associá-la ao risco de morte; e também outras questões, como a não liberação das atividades trabalhistas para o início do tratamento.

E na esfera assistencial, o exposto permite o reconhecimento de que para o planejamento e a implementação de ações mais efetivas voltadas a saúde do homem, seja necessário considerar a interligação dos conceitos de sexualidade, gênero e masculinidade, visto que os dois últimos influenciam o exercício do primeiro. E no que tange ao direito dos homens de exercerem a sexualidade livre de danos à sua saúde, a ocorrência de contágio pelas IST é uma possibilidade real, que implica no exercício da sexualidade saudável, o que requer intervenções estratégicas voltadas às especificidades dos homens em distintas e variáveis condições individuais e coletivas.

2.3 - EM BUSCA DE UMA ASSISTENCIA INTEGRAL: PREVENIR, DIAGNOSTICAR E TRATAR A SÍFILIS NO HOMEM, COMO RECOMENDAÇÃO DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

Cada vez más, en las respuestas a las ITS y al VIH se reconoce la importancia de establecer que los enfoques integrales incluyan componentes centrados en garantizar el acceso a los servicios de los hombres y los niños varones, además de las mujeres y las niñas. (OMS, 2016, p. 45)

A Organização Mundial de Saúde reconhece que para responder e combater as IST, seja necessário o investimento em ações integras em saúde dos homens. No contexto brasileiro, a lei soberana que rege a Nação, determina que a saúde é um direito do ser humano e que o Estado tem o dever de promover condições indispensáveis ao seu exercício incluindo, nesse âmbito, o planejamento de políticas públicas que assegurem o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo ainda o atendimento integral, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,1988).

A Lei Orgânica que regula as ações e serviços de saúde executados em todo território nacional, determina que o acesso a esses seja uns dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, que refletirá ainda na organização social e econômica do País. Esta mesma Lei define a assistência integral à saúde como a articulação contínua entre as práticas preventivas, curativas, individuais e coletivas, atingindo todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL,1990).

Corroborando ainda, nesta perspectiva, o Plano Nacional de Saúde que alcança os anos de 2016 a 2019, ao traçar como um de seus objetivos: a promoção do cuidado integral aos indivíduos nos ciclos vitais, considerando as questões de gênero, as situações de vulnerabilidade, as especificidades e diversidades nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, a integralidade direciona as práticas assistenciais em saúde, entretanto, no seu conceito mais amplo, não se resume a ser apenas uma diretriz do SUS, mas sim uma bandeira de luta, um ideal, vislumbrando alcançar uma sociedade mais justa e solidária que requer conjuntos de sentidos distintos, mas complementares que, primeiramente, integrem a boa prática médica que transcende ao olhar fragmentado sobre o sujeito do cuidado, o que torna imprescindível para os profissionais da área da saúde atingirem esse sentido, serem capazes de apreender as necessidades demandadas ou não pelo indivíduo, considerando os aspectos biológicos mas, sobretudo, os sociais, culturais e econômicos (MATTOS, 2001),

Um segundo sentido da Integralidade descrito pelo mesmo autor, é aquele relacionado à superação da fragmentação das atividades em saúde, organizando os serviços de forma a articular as práticas assistenciais, considerando o indivíduo como ser único, para atender a todas as suas necessidades de saúde. Outro conjunto de sentidos estaria ligado às políticas de saúde, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou a problemas de saúde de um grupo específico, articulando atividades preventivas e assistenciais que atendam a todas as necessidades de saúde de um público pré-definido (Op.Cit., 2001).

Formalmente, não há barreiras que limitem o acesso ao SUS, o que lhe garantiria

a efetivação do princípio da Universalidade, no entanto, observam-se na prática inúmeros entraves que privam os brasileiros de acessar igualmente os serviços e as ações de saúde de que necessitam mostrando, assim, o quanto temos que caminhar para promover a igualdade nesse acesso (MATTOS, 2004). No que tange aos homens, as atribuições culturais que os associam a força, vigor e centralidade da sexualidade como conquista, distingue-os da noção de feminino que irá se referir ao campo da reprodução, controle dos impulsos sexuais, disciplina e cuidado, fazendo com que, no que tange à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos homens, algumas questões de gênero dificultem a assistência aos mesmos, assim como as ações neste sentido que ocorrem de forma fragmentada, não contemplando o princípio da Integralidade (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Considerando as questões de gênero que refletem na forma como o homem é acolhido e acessa os serviços de saúde, marcando as especificidades na demanda e no atendimento ao homem que requer, assim, políticas e programas direcionados ao público masculino, no Brasil, criou-se em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (BRASIL, 2008) com o objetivo de promover ações de saúde integrais que propiciem a compreensão da realidade masculina nos distintos cenários sociais, culturais, políticos e econômicos, objetivando promover o aumento da expectativa de vida e a diminuição dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis no público masculino, como no caso da sífilis.

No que se refere à sexualidade masculina, a PNAISH reforça a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, estando alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece como um de seus objetivos a implantação e a implementação da saúde sexual e reprodutiva, dentre outros, estimulando a participação e a inclusão do homem no planejamento de sua vida sexual, propiciando a essa população, junto ao Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das IST.

A PNAISH é uma política direcionada especificamente à população masculina dos 25 aos 60 anos, entretanto, outras políticas e legislações, além de direcionarem, norteiam, fundamentam e respaldam o investimento em ações integrais em saúde aos homens em todo o seu ciclo vital, nos mais distintos cenários sociais e condições peculiares, precisando ser expostas, retratadas e consideradas durante a assistência à população masculina, principalmente no que tange à promoção do direito sexual, assim como na prevenção, diagnóstico e tratamento das IST.

Corroborando, nesse sentido, a Lei 9.263 de 1996, ao estabelecer o planejamento familiar como um direito de todo cidadão, integrando as ações de atenção à saúde do homem, na

perspectiva de atendimento integral à saúde e, dentre outras, visando o controle das IST. O planejamento familiar inclui-se em um conjunto de ações integrais à saúde de homens e mulheres objetivando regular a reprodução, na perspectiva do direito destes de controlar a prole, tendo como uma de suas atividades básicas o controle das IST (BRASIL,1996a).

Recomenda-se neste programa, o estímulo à dupla proteção, ou seja, a utilização de preservativo feminino ou masculino associado ou não a outros métodos contraceptivos, assim como o diagnóstico e tratamento das IST (BRASIL, 2002a) vislumbrando evitar o seu contágio e favorecer o bloqueio da cadeia de transmissão, diminuindo a sua propagação na população em geral e as complicações delas decorrentes.

Contudo, sabe-se que por influência da cultura e do processo de socialização, a participação dos homens nas ações de planejamento familiar é tímida, permanecendo uma responsabilidade não compartilhada, em que a mulher é a maior responsabilizada neste cenário (SÃO BENTO et al., 2013; COELHO et al., 2016), sendo assim necessárias estratégias que desmistifiquem que o grupo de planejamento reprodutivo é só para mulheres, ampliando a sua abordagem ao universo masculino, com a incorporação de temas que enfatizem as necessidades específicas dos homens, não se limitando em sua realização aos limites físicos dos Serviços de Saúde, mas também às escolas, clubes, dentre outros cenários (PAIVA et al., 2016).

A Política Nacional de DST/AIDS fundamenta-se no princípio da Integralidade e tem como seus principais objetivos, promover a adoção de práticas de sexo seguro, investir numa assistência qualificada em saúde aos portadores de IST, incluindo acesso a métodos diagnósticos seguros, reduzir a morbimortalidade por essas infecções, abrangendo o controle da sífilis congênita, utilizando para isso a estratégia de ampliar a oferta de serviços de diagnóstico e tratamento para a sífilis adquirida, com ênfase na população feminina e nos seus parceiros sexuais (BRASIL,1999).

Os casos de sífilis congênita marcam negativamente a qualidade dos serviços de saúde, pois pode ser prevenida através do tratamento adequado das gestantes (BRASIL,1999). Um dos pré-requisitos para considerar as gestantes adequadamente tratadas, é o aconselhamento / tratamento das parcerias sexuais. Vislumbra-se utilizar os serviços da Atenção Básica onde essas mulheres realizam o pré-natal para acolher, aconselhar e tratar as parcerias sexuais das gestantes infectadas pela sífilis, buscando assim evitar o contágio vertical que remete a um cuidado aos recém-nascidos de ambos os sexos, mas aqui representados pelos de sexo masculino, como futuros homens.

O Ministério da Saúde, no ano de 2016, lançou o pré-natal do parceiro, que é uma

proposta para maior envolvimento dos homens no planejamento reprodutivo e uma iniciativa de maximizar o acesso, acolhimento destes nos Serviços de Saúde durante a gestação das parceiras, em especial na Atenção Básica, momento esse em que se oferece a testagem sorológica para sífilis e outras infecções, além de outras propostas em saúde na perspectiva de buscar uma assistência integral a esse homem (BRASIL, 2016c). Contudo, essas ações têm sido desenvolvidas numa perspectiva social e biológica, com foco central na mulher e na criança, em que o homem/pai tem o papel de coadjuvante (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Por muito tempo, as crianças eram vistas como adultos em menor estatura, tendo o seu crescimento e desenvolvimento negligenciados. No século XVII os sentimentos de carinho e amor penetrando no ambiente familiar, corroboraram para a visão de ser a criança o centro da família, mas, apenas no século XX, as autoridades públicas demonstraram uma preocupação mais enfática com o adoecimento infantil. O cuidado à criança, nessa época, vinculava-se à assistência materna e, somente em 1984, implementou-se o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC). Atualmente, as conquistas nesta área tangenciam o modelo de construção de redes e da integralidade do cuidado (ARAÚJO et al., 2014).

As linhas de cuidado da atenção à saúde da criança volta também suas ações à saúde da mulher e, dentre os seus objetivos, visa identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças que poderiam comprometê-la e, conseqüentemente, a de seu conceito ou de futuras gestações. As ações no combate às IST priorizam a diminuição do risco de transmissão vertical da sífilis, como também as sequelas tardias da infecção congênita, através de oferecimento de exames diagnósticos, tratamento e profilaxia adequados às gestantes e parcerias sexuais, isso se estendendo ao parto e puerpério (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em seu Artigo 7, inciso 1, estabelece como eixo estratégico de ação, a atenção à gestação, ao parto e recém-nascido, a prevenção da transmissão vertical da sífilis e, com isso, visa ainda promover e proteger, mediante a atenção e cuidados integrais desde a gestação até os nove anos de vida da criança, com vistas a reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2015c), o que envolve a assistência à saúde no período gestacional, com ênfase na assistência pré-natal qualificada, o que certamente inclui ações preventivas e diagnósticas às gestantes e parceiros sexuais, no que diz respeito à infecção pela sífilis vislumbrando, sobretudo, o seu tratamento, a fim de evitar o contágio fetal que, além de favorecer a prematuridade e a morte prematura, pode comprometer sistemas complexos no processo de embriogênese, como o Sistema Nervoso Central. Esta perspectiva, além de orientar uma linha de cuidados à criança objetivando o seu

nascimento saudável, envolve a prevenção e tratamento das parcerias das gestantes, vislumbrando evitar a reinfecção das mesmas, o que evitaria a contaminação do concepto.

Mas, ao pensar no ciclo vital dos homens e na assistência integral aos indivíduos, pensa-se que, além de tratar os pais dos recém-nascidos, seja necessário prevenir as IST desde as fases precoces, como antes de iniciar a vida sexual, o que culmina na orientação dos jovens de sexo masculino para o autocuidado, tendo em vista sensibilizá-los ao uso do preservativo, sugerindo e negociando nas relações entre as parcerias sexuais, para que esse cuidado protetivo torne-se um hábito adquirido durante o decorrer da vida.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é enfatizada nas Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que entende como população jovem os indivíduos de dez (10) a 24 anos e considera a sexualidade um componente intrínseco na vida humana, fundamental na saúde dessa população, tendo nas IST uma preocupação constante, principalmente pelas relações sexuais que ocorrem cada vez mais cedo, cujos parceiros não tem em mente o uso do preservativo como algo constante e uniforme (BRASIL, 2010b).

Visando contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, institui-se em 2007, o Programa de Saúde na Escola (PSE) que, também numa perspectiva de atenção integral, orienta como ação a promoção da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2007b), sendo também enfatizadas no contexto da atenção integral em saúde no Programa Nacional de Educação (PNE), junto à Política de Promoção à Saúde, visando integrar e articular as políticas e ações de educação em saúde, envolvendo a Estratégia Saúde da Família e a educação básica (BRASIL, 2010c).

Aqui citamos Políticas direcionadas ao público masculino desde a fase embrionária, percorrendo a infância, a juventude e a fase adulta. Mas, visando atender à crescente demanda da população em envelhecimento, lançou-se a Política de Saúde do Idoso, que tem como alvo a população de homens acima dos 60 anos, trazendo como uma de suas diretrizes o atendimento integral prevendo a utilização de estratégias de saúde para auxiliar na recuperação, manutenção da autonomia e independência desta população (BRASIL, 2006b).

A vivência da sexualidade na velhice é algo possível, mas o idoso necessita ser esclarecidos quanto à prevenção e formas de contágio pelas IST para que seus direitos sexuais sejam exercidos com segurança, pois, observa-se que “a carência de informações de um idoso de hoje é reflexo da pouca procura dessas informações pelo adolescente de ontem” (BRITO et al., 2016, p.143), o que demonstra o quão necessário torna-se investir em estratégias preventivas, desde as fases mais precoces da vida desses homens, retratando a sexualidade na

perspectiva de direito, e que as questões de gênero que vulnerabilizam os homens ao contágio por IST sejam problematizadas, refletidas e reformuladas, pois isso favorecerá um maior empoderamento e sensibilização dos idosos quanto à prevenção dessas infecções, impactando na sua autonomia e independência.

Outras Políticas não específicas da população masculina a inclui, como é o caso da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que integra a Política Nacional de Saúde e reconhece as necessidades étnicas e culturais, assim como os seus direitos territoriais, além de prever a promoção à saúde em condições específicas, como as IST (BRASIL,2002b).

Atenção também é dada aos homens privados de liberdades, que têm na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) o objetivo de proteger os direitos à saúde das pessoas que se encontram sob custódia do Estado, inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança, e no âmbito do SUS, esta é regida pelo princípio da integralidade da atenção à saúde nas ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância em saúde, tendo como uma de suas diretrizes controlar e reduzir os agravos de saúde que acometem essa população (BRASIL, 2014b).

Nesta conjuntura, ainda, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) inclui no SUS a população privada de liberdade, ampliando a esta o acesso às ações e serviços de saúde que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento, tendo como uma de suas diretrizes prestar assistência integral a esta população, atendendo as suas necessidades de saúde e controlando seus agravos mais frequentes (BRASIL, 2004b).

Pensa-se, nesta perspectiva, na saúde sexual dos homens que vivem em sistema de regime fechado visto que, desde 1984, a visita íntima está regulamentada no Brasil e a Lei de Execução Penal, que visa dar condições de integração social, em seu Artigo 41, inciso 10, determinou a visita do cônjuge como um direito do preso.

A Portaria Interministerial nº 1777, de 09 setembro de 2003, que institui o PNSSP, reconhece as IST como de grande magnitude entre a população que se encontra no sistema penitenciário e sugere, assim, a implementação de ações que combatam, entre outras doenças, as infecções transmitidas pelo sexo, incluindo seu diagnóstico, tratamento e aconselhamento.

Devido a fatores como o compartilhamento de agulhas e relações sexuais desprotegidas, os homens em regime de privação de liberdade apresentam maior vulnerabilidade ao HIV e às IST. Ao buscar identificar a soroprevalência entre presidiários do sexo masculino em detentos de uma penitenciária em Pernambuco, foi identificado que 39

a cada 1.000 presos tinham sífilis e ao considerar apenas os indivíduos com sorologia positiva para HIV ou sífilis, 76,8% da amostra foi mais positiva para sífilis (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Trata-se de fato que demonstra a importância de intervenções em saúde junto a esta população de homens, pois, ao pensar no direito legal de manter relação íntima nos regimes penitenciários, imagina-se a relevância de medidas que evitem o contágio da sífilis entre os cônjuges, visto que essas relações podem resultar, inclusive, em gestações e possíveis contaminações verticais. E ao pensarmos que nem sempre as relações sexuais ocorrem num contexto de formalidade entre casais unidos consensualmente, enfatizamos as relações informais entre os presos e outros visitantes ao imaginar o quanto a infecção por sífilis possa se disseminar dentro e fora dos presídios brasileiros requerendo, assim, também intervenções considerando esta perspectiva.

Ainda contextualizando a Integralidade na prática assistencial, Mattos (2004) afirma que defendê-la exige que os profissionais de saúde relacionem-se com os sujeitos do cuidado numa dimensão dialógica e contribui, ainda, declarando que

na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados. (Op. Cit, p.1415)

Retratar todas essas Políticas e recomendações explicita o quão o conceito de Integralidade está interligado às recomendações na assistência ao homem em todo seu ciclo vital, considerando ainda algumas de suas especificidades, o que requer investimento em compreender o mundo em que esses homens estão imersos, o contexto em que exercem a sexualidade, assim como ouvi-los para melhor direcionar as ações assistências na saúde sexual.

Ao considerar a saúde como dever do Estado, pensa-se que seja responsabilidade a saúde por ser um dever do Estado, porém, deve ser responsabilidade da rede assistencial em saúde a garantia do acesso a esse direito pela população, de forma integral (VIEGAS; PENNA, 2013), mas essa tal “integralidade” significaria utilizar-se dos meios necessários para efetivar o cuidado e dispor, para isso, dos distintos grau de complexidade de atenção à saúde, o que requer por parte das equipes e dos profissionais terem uma visão mais abrangente dos usuários dos serviços, no âmbito individual ou coletivo, dentro de suas

condições de vida e necessidades, vislumbrando ofertar-lhes ações e serviços que atendam as suas demandas.

Nesta perspectiva, enfatizamos aqui o quanto as questões que envolvem o gênero e a masculinidade vem implicando negativamente na assistência integral à saúde dos homens e no que tange às infecções transmitidas pelas relações sexuais, com especificidade da sífilis, que podem demandar ações e assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde envolvendo a promoção da saúde, a prevenção da doença específica, assim como o seu diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Pontuamos, então, a urgência de investigarmos os fatores implícitos no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis, para que as ações possam ser melhor elaboradas e implementadas numa perspectiva, inclusive, de assistir integralmente esse homem em todo seu ciclo vital, nas mais diversas situações e especificidades individuais ou coletivas.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1-TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa por se propor investigar as histórias sociais sob a ótica dos sujeitos, aplicável ao

estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO,2010,p.57)

Considerando os seus propósitos, a pesquisa é de caráter descritivo e interpretativo, por buscar uma percepção do fenômeno e procurar explorar as experiências das pessoas nele envolvidas (GRAY,2012).

3.2- O MÉTODO DE NARRATIVA DE VIDA

Para a realização do estudo, foi utilizado o método de narrativa de vida na perspectiva etnossociológica. Segundo Bertaux (2010), é na França, na década de 90, que o termo “narrativa de vida” é introduzido, pois a expressão anteriormente utilizada para se referir ao método era “história de vida”, contudo, esta trazia inquietações da dificuldade de distinção entre a história vivida pelo indivíduo e a narrativa que este poderia fazer da sua vida.

A narrativa de vida mostra-se eficaz na identificação dos meios pelos quais os indivíduos chegaram a uma determinada situação e como fazem para administrá-la e superá-la. Neste método, por meio de uma pergunta aberta, o pesquisador solicita ao sujeito que lhe conte toda ou uma parte de sua experiência vivida, com o intuito de identificar os mecanismos e processos que lhe permitiram chegar a uma determinada situação e como a administraram e/ou superaram-na possibilitando, assim, conhecer como é o mundo social ou a situação social vivida por ele, objetivando, neste contexto, não a compreensão do indivíduo, mas sim do objeto social em profundidade (BERTAUX,2010).

Para Bertaux (2010), a pesquisa etnossociológica não verifica hipóteses, e sim as elabora mediante as observações e a reflexão baseada nas recorrências; e ao encontrar a saturação do modelo estudado, adquire possibilidade de generalidade.

Deve-se, portanto, buscar a maior variedade de testemunhos possíveis, em que o cruzamento destes possibilitará o isolamento de um núcleo comum quanto às experiências que

correspondem à dimensão social do fenômeno estudado.

A pesquisa narrativa tem foco nas histórias relatadas pelo narrador, pois a vida, embora tenha muitos significados, estes só se tornam explícitos se narrados. A função do pesquisador deste método é promover a voz do participante, evitando a colonização acadêmica, incentivando a entrevista com um mínimo de perguntas para que o participante elabore e controle sua narrativa (GILL; GOODSON, 2015).

Na prática, o pesquisador propõe ao indivíduo, de forma oral e espontânea, narrar suas experiências passadas através de um “filtro”, que contempla pontos principais que o entrevistador deseja conhecer, com a finalidade de que o informante selecione das suas experiências o que seria mais provável que responda às expectativas do pesquisador, e este interrompe o sujeito o mínimo possível, deixando-o livre para narrar suas experiências. Este método permite aos entrevistados detalharem e descreverem situações e acontecimentos que marcaram seus percursos biográficos (BERTAUX, 2010).

A possibilidade de partir do particular para o geral é permitida através do estabelecimento de relações entre as narrativas e pelas recorrências de um percurso de vida para o outro. Nesta perspectiva, “a função dos dados não é verificar hipóteses elaboradas anteriormente, mas ajudar na construção de um corpo de hipóteses” (Op. Cit., p.34).

No que tange à área da Enfermagem, Dias e Santos (2005) revelaram que o método vem sendo apropriado gradativamente pela área, visto que o objeto da profissão é o cuidar e para o estabelecimento do seu exercício, é necessário ouvir e conhecer o sujeito, o que é possibilitado por este método. Justifica-se ainda a aplicação da narrativa de vida nas pesquisas em enfermagem, por ser esta uma área do conhecimento que vem buscando maior aproximação dos informantes do estudo (SANTOS; SANTOS, 2008).

A escolha do método deu-se primeiramente por objetivar “dar voz aos homens”, na ousadia de provocá-los a “falar” a respeito de suas vidas, permitindo que fossem os atores principais das entrevistas e, ainda, por amenizar constrangimentos e timidez ao tratar de assunto da área da sexualidade com uma pesquisadora de gênero feminino, como já referido em outro estudo (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN, 2013).

3.3-CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, devido à magnitude da infecção de sífilis na Região Sudeste e no Estado do Rio de Janeiro, como anteriormente descrito, e ocorreu em um Hospital Universitário (HU) de âmbito federal, localizado na zona Norte

da cidade, escolhido por ter, desde o início de sua história, compromisso no que tange ao combate à doença, visando o seu controle e tratamento (SANGLARD, 2007).

A opção de usar o espaço hospitalar como cenário deste estudo, também deveu-se à dificuldade de acessar os homens com sífilis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visto que eles a frequentam em menor proporção que as mulheres (OLIVEIRA, 2015), o que dificultaria a identificação desses para serem convidados a integrarem o estudo e, ainda, por ser a Instituição referida um hospital geral, atendendo os níveis secundário e terciário incluindo em suas atividades intervenções clínicas e cirúrgicas, o que facilitaria o acesso aos participantes da pesquisa, pois, sabe-se que os homens procuram em maior parte, os Serviços de Saúde quando já estão acometidos por uma doença (LEITE et al.,2016).

O fato desse Hospital ser o local onde exerço minhas atividades de trabalho enquanto enfermeira, possibilitou-me ainda acessar a maioria desses homens por diversas vezes, o que favoreceu a confiança do entrevistado e a possibilidade de contato frequente com eles, tornando-me mais próxima e criando um vínculo que possibilitou complementar informações iniciais que, certamente, promoveu um melhor desfecho a este estudo, como relatos de relações extraconjugais, homoafetivas, atividades de sexo comercial e gestações posteriores à entrevista.

Quanto ao cenário do estudo, no mês de junho de 2018, o mesmo possuía 29 especialidades médicas ambulatoriais e 11 enfermarias em funcionamento, com 154 leitos ativos, e um Centro de Testagem Anônima. Sua equipe era constituída, dentre outros profissionais, por 142 enfermeiros. Durante o ano de 2017, teve 4.795 internações, realizou 46.678 cirurgias entre pequeno, médio e grande portes, 73.802 consultas médicas e 4.695, de enfermagem.

No que tange à sífilis, segundo o Boletim divulgado pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar dessa Instituição, até o ano de 2016 foram 08 casos notificados de sífilis adquirida, 51 casos de sífilis gestacional e 46 casos de sífilis congênita.

3.4 - A APROXIMAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Ao buscar identificar pacientes elegíveis para o estudo, foi realizado contato com professores, médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde do ambulatório, das clínicas médica e cirúrgicas, do Centro de Testagem Anônima e da maternidade que, embora não estivesse em seu pleno funcionamento em razão de obras em seu espaço físico, realizou regularmente o acompanhamento de pré-natal e alguns partos, durante o período de coleta

de dados.

A estratégia utilizada para chegar aos participantes do estudo iniciou-se pela aproximação aos profissionais da Instituição, muitos dos quais eu não conhecia. Assim, apresentei a todos a proposta da pesquisa e seus objetivos, solicitando que me indicassem indivíduos elegíveis para o estudo.

Antes de passar o contato ou me apresentar pessoalmente aos participantes, os profissionais que já os acompanhava, sempre solicitavam sua autorização para fornecerem seu contato. Foram a mim fornecidos 66 contatos telefônicos, tive 47 contatos presenciais com homens diagnosticados com sífilis e, destes, 32 integraram a pesquisa. Dos 66 homens indicados a princípio, 28 não consegui contatar por telefone, três (3) recusaram-se a participar do estudo, dois (2) sofreram óbito antes de fornecerem a entrevista e um (1) foi excluído por apresentar desorientação alopsíquica, que o impossibilitaria de consentir na sua participação.

A cada aproximação era permitido visualizar uma história, nem sempre feliz, muitas vezes carregada de sofrimentos e exclusões. Durante as ambientações, em muitos casos, percebia a incerteza e desconfiança tornar-se um “bate-papo entre amigos”, quando a timidez transformava-se em entusiasmo na ânsia de falar, desabafar e ser ouvido. Ouso dizer ainda, que alguns homens vivenciaram esse momento como uma oportunidade única, até então, ou ao menos diferenciada, em que eram ouvidos nas suas individualidades, fato este comprovado ao escutar frases como: “estou me sentindo levinho” ou “obrigado por me ouvir” no momento de concluir suas narrativas.

3.5 – PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram 32 homens com faixa etária de 18 a 65 anos, diagnosticados com sífilis, adquirida em qualquer fase da vida, indicados por profissionais do HU provenientes e da Tenda da Sífilis², oriundos do Serviço de Obstetrícia, Centro de Testagem Anônima, 7^a e 10^a Enfermarias, Ambulatórios de Imunologia, Dermatologia e Pequenos Procedimentos.

²Ação educativa itinerante promovida pelo Projeto de Extensão Sífilis no ciclo da vida: interfaces entre a saúde e a educação, coordenada pela Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva (DEMI/EEAP/UNIRIO) e cadastrada no Núcleo Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC), que envolve docentes e discentes da Graduação e Pós graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em que se realizam orientações quanto à prevenção e contágio da sífilis, oferecendo testagem diagnóstica, vislumbrando evitar o contágio e realizar o diagnóstico e tratamento precoces.

Foram excluídos homens com déficit de orientação que lhes restringissem a possibilidade de consentimento para participação no estudo e indivíduos que adquiriram a sífilis por via vertical.

Por ser a sífilis uma IST, para evitar constrangimentos e respeitar a autonomia do indivíduo sobre o seu diagnóstico, o primeiro convite para participação na pesquisa foi realizado pelo profissional que assistia ou acompanhava o homem e, mediante a sua autorização, o contato era fornecido. Após isso, eles eram esclarecidos pela pesquisadora, quanto aos objetivos do estudo e a sua forma de participação.

A ambientação prévia ocorreu com o intuito de conhecer o participante e permitir uma aproximação pesquisadora-informante, momento em que era assumido um pacto, também descrito por Bertaux (2010) como “contrato de entrevista”. Na ocasião, os objetivos da pesquisadora eram explicitados clara e objetivamente, além da garantia aos informantes de manter anônimas todas as informações oriundas das respectivas entrevistas.

Segundo Vinuto (2014), para o pesquisador acessar grupos e culturas aos quais não pertença, necessita convencer o entrevistado quanto à importância de sua pesquisa, dar-lhe liberdade e se aproximar dele, estabelecendo uma relação de simpatia, confiança, afeto e empatia.

As narrativas, propriamente ditas, ocorreram em momento posterior à ambientação inicial, em alguns casos no mesmo dia ou em data e horário definidos de acordo com a disponibilidade e comodidade de ambos.

A busca por ambientes reservados e o mais silenciosos possível foi a proposta inicial, sendo esses: as salas de consultórios e o box da enfermaria em que estavam internados os homens. Em alguns momentos, fomos interrompidos por profissionais para alguma intervenção clínica e também pelo toque ou vibração de celulares.

Uma proposta inicial para se atingir um número maior de participantes foi o uso da técnica “bola de neve”, em que o primeiro entrevistado indica mais sujeitos elegíveis ao estudo e, nesse caso, seria solicitada autorização prévia dos seus pares para fornecer o seu contato à pesquisadora. Contudo, na prática, essa proposta não teve adesão por parte dos entrevistados, fato que não comprometeu o quantitativo amostral. Na realidade, até mesmo o enriqueceu, pois uma das limitações desta técnica é que ela não deve ser utilizada em populações heterogêneas (POLIT; BECK, 2011).

Outra proposta inicial seria entrevistar as parcerias sexuais dos participantes da pesquisa com a intenção de investigar outras fontes para que se pudesse obter informações, visando, assim, maximizar a compreensão do fenômeno, como proposto por Bertaux (2010).

Mas não obtivemos êxito nesse sentido, uma vez que, em alguns casos, as parcerias sexuais dos entrevistados recusaram-se a fornecer a entrevista, principalmente por terem que comparecer ao cenário de estudo, que era distante das suas residências; em outros casos, os entrevistados não tinham mais contato com estas em decorrência da dissolução das relações e, ainda, grande parte dos entrevistados não tinham parcerias fixas.

3.6 - ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Antes de iniciar a pesquisa, foi assinado um termo de compromisso pela pesquisadora (APÊNDICE A), solicitada autorização do Superintendente da Instituição para a realização do estudo, que foi concedida (ANEXO B). Posteriormente, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para avaliação. Somente mediante aprovação através do Parecer nº 2.267.514(ANEXO C), emitido em 11 de Setembro de 2017, foi iniciada a construção dos dados.

Seguindo as recomendações da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), que rege estudos que envolvam seres humanos, os homens assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE B), que autorizava a sua participação na pesquisa, assim como ratificava seu desejo e voluntariedade no fornecimento das narrativas de suas vidas. Interessante relatar que, quando num primeiro contato, havia dúvidas quanto ao estado de orientação dos homens, principalmente nos diagnósticos de neurosífilis, eu dialogava junto à equipe que o acompanhava quanto ao seu grau de orientação para aceitar sua participação na pesquisa sendo inclusive, um dos homens indicados para integrar o estudo, excluído antes mesmo de fornecer a entrevista, após um primeiro contato com ele, feito pela pesquisadora.

Além do convite inicial para integrarem o estudo ser proveniente dos profissionais que os acompanhavam, visando evitar exposição de seu diagnóstico e, ainda, do detalhamento quanto aos objetivos do estudo e dos riscos mínimos, como incômodo com alguma pergunta e emoções de reviver experiências pessoais, foi garantido aos participantes princípios de voluntariedade, sigilo e privacidade recomendados pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Todos foram esclarecidos que o bônus adquirido com as informações fornecidas, consistiria em contribuir para o conhecimento da área da saúde e enfermagem quanto a temática que, futuramente, poderia possibilitar melhorias na assistência à saúde prestada aos homens com sífilis e, não necessariamente, no seu tratamento ou acompanhamento individual.

3.7- CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Considera-se aqui que a pesquisa com histórias de vida seja um processo de construção de conhecimento através da relação entre o pesquisador e sujeito pesquisado, que pressupõe a existência de vínculo entre estes, em que o participante da pesquisa narra sua história num determinado momento de sua vida (NOGUEIRA et al., 2017). Acredita-se assim que os dados não apenas foram coletados, mas sim construídos conjuntamente, considerando o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo entre pesquisadora-informantes, em momento histórico.

A captação das informações foi realizada por meio de entrevista, sendo o seu roteiro segmentado em dois blocos: o primeiro consistia na captação de dados de identificação e socioeconômicos dos informantes (APÊNDICE C) e o segundo continha a pergunta aberta: ***“Conte-me sobre sua vida, que tenha relação com a sífilis”*** (APÊNDICE D).

Para Bertaux (2010), a experiência de campo ajuda a melhorar a capacidade do entrevistador, capacita-o a escutar, indagar, compreender o outro e, ainda, a disciplinar os seus impulsos. Por isso, é interessante descrever que antes da entrada no campo, a entrevistadora realizou o que chamo aqui de uma espécie de treinamento para a entrevista, em que elaborava objetos e objetivo “fictícios” e aplicava o método com homens do seu convívio social, o que tornou essa etapa do processo fundamental para a segurança no momento da entrevista real.

Conforme orientado na utilização do método de narrativa de vida (SANTOS; SANTOS, 2008; BERTAUX, 2010), a entrevista foi gravada em aparelho de áudio, com prévia anuência dos informantes, para posterior transcrição, com exceção de um deles que, embora desejando participar do estudo, recusou a gravação de sua narrativa. Sendo assim, realizei anotações de sua fala durante a entrevista, tentando registrar da melhor maneira possível o que havia sido dito, sem perder o seu conteúdo. Ademais, no caderno de campo, foram anotados os principais pontos das narrativas de todos os informantes, assim como atitudes não verbais, silêncios e demais expressões provenientes dos participantes e situações paralelas no ambiente, ocorridas durante as entrevistas, anotações essas que auxiliaram na análise dos dados coletados.

Após essa primeira aproximação, chamada de ambientação, nos dias e horários agendados, as informações eram fornecidas através de narrativas gravadas em áudio, por meio de dois dispositivos: o aparelho celular e MP4. As entrevistas ocorreram entre setembro de 2017 e março de 2018, duraram em média 1106 minutos, sendo a de maior duração com 122

minutos e a de menor duração, com 10 minutos.

A técnica de saturação de dados é uma das formas de lidar com o paradoxo da amostra nas pesquisas de amostragem não probabilística, vista como o ponto determinante em que a realização de novas entrevistas deixam de ser necessárias, ou seja, quando novos elementos não ampliariam o conhecimento sobre o objeto estudado (THIRY-CHERQUES, 2009). As entrevistas foram cessadas quando se observou que mais testemunhos não agregariam para melhor conhecimento do objeto social, assim permitindo considerar a pesquisa como provisoriamente terminada (BERTAUX, 2010).

Nesta pesquisa, o ponto de saturação de dados foi atingido em torno do vigésimo quinto entrevistado, sendo realizadas mais sete entrevistas para confirmação deste momento, para que se pudesse ter certeza de ter atingido este ponto nas três categorias de orientação sexual autodeclaradas pelos homens (heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade).

Ressalto que o número considerável de depoimentos aplicado a uma pesquisa qualitativa, justifica-se pela tentativa de alcançar a maior variedade de testemunhos possíveis (BERTAUX, 2010) até atingir o ponto de saturação que, neste caso, foi difícil de ser alcançado pela heterogeneidade dos informantes e, em especial, pelas diversas possibilidades do exercício da sexualidade o que, de certa forma, possibilitou diversidades na vivência das masculinidades, caracterizando não o homem, mas sim os diversos “homens” imersos no cenário brasileiro.

A escolha do método foi um diferencial para o conteúdo relevante do material oriundo das narrativas, pois, ao considerar o fato de a pesquisadora ser de gênero oposto ao dos informantes, sua interferência poderia inibi-los ou contaminar suas falas. Senti-me extremamente lisonjeada por terem partilhado suas vidas, expectativas, sofrimentos e incertezas.

Dar voz aos homens permitiu-me crescer enquanto profissional, pesquisadora e mulher. Sair da ambientação, em que a enfermeira Maria Beatriz (pesquisadora) tornava-se na fala de um dos homens: “a mulher de Sagitário e mãe de uma Canceriana geniosa”, fez-me ver o quanto o vínculo e a intimidade são importantes no processo de comunicação. Remeteu-me ainda a um dos capacitadores propostos para os estudos em Etno-enfermagem, o Modelo Estranho-amigo, em que o pesquisador deixa de ser um estranho e passa a ser uma pessoa de confiança, para que possa adquirir dados precisos e acreditáveis (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Ficou explícito para mim também o quanto estes homens precisam ser ouvidos, no sentido de incluir suas necessidades e opiniões na pauta do planejamento das

ações a eles direcionadas.

3.8 - ANÁLISE DE DADOS

Posteriormente às entrevistas, visando extrair das narrativas os significados pertinentes ao objeto de pesquisa (BERTAUX, 2010), iniciava as suas transcrições, o que se mostrou um trabalho árduo e enriquecedor, isto porque cada dez minutos de fala, requeriam uma hora para serem transcritas, assim traduzindo um período trabalhoso, porém, fundamental para a análise. Após a transcrição de cada depoimento, como recomendado na aplicação do método, foi realizada a retranscrição de todas as narrativas, numa perspectiva de correção de algo mal compreendido ou erroneamente transcrito, etapa que me possibilitou reviver os depoimentos na íntegra, momento enriquecedor para a análise. As transcrições das narrativas totalizaram 349 páginas de documentos no Word® com espaçamento de 1,5cm, letra Times New Roman, em tamanho 12.

Seguindo esse passo e atendendo a uma das recomendações da listagem dos Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ), por acreditar que estes auxiliam na retratação de conteúdos importantes do estudo (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), procurei disponibilizar, presencialmente, as narrativas transcritas para que os homens pudessem realizar sua leitura, visando possíveis correções de algo mal compreendido, oportunidade também de reviverem seus percursos bibliográficos. Contudo, consegui que apenas sete entrevistados participassem desta etapa. Em um desses momentos, após ler a sua narrativa, o sétimo informante, olhando fixamente para o material com expressão admirada, disse: “Nossa! Está toda minha vida aqui!”, ocasião em que confirmei a escolha do método como positiva, por possibilitar dar voz ao homem para narrar sua vida.

Na aplicação da narrativa de vida, a análise temática é uma das modalidades orientadas (BERTAUX, 2010) e a mais utilizada por estudos de Enfermagem com aplicação deste método, permitindo aos pesquisadores compreenderem os núcleos de sentido (os temas) contidos nas entrevistas (SANTOS; SANTOS, 2008). Essa modalidade de análise também é considerada apropriada para estudos qualitativos em saúde (MINAYO, 2010).

Então, após a retranscrição, foi realizada a leitura flutuante do material, visando uma aproximação maior das narrativas, seguida por leitura mais detalhada, etapa chamada de CODIFICAÇÃO, em que uma classificação por cores era dada a cada unidade temática que emergia das narrativas. Estas, consecutivamente, eram agrupadas conforme o tema, etapa esta denominada de RE-CODIFICAÇÃO. Foram oriundas desse processo 106 unidades temáticas

(Quadro A) e 12 temas (Quadro B), conforme demonstrado a seguir.

Quadro A- Unidades temáticas com frequência e recorrência

UNIDADES TEMÁTICAS	Frequência	Recorrência
1-Justificativa para poucas relações sexuais	08	25
2-Relações com múltiplas parcerias sexuais	05	09
3-Ambientes para sexo casual	10	45
4- Relações que favorecem a confiança da não infecção	03	06
5-Parcerias fixa	10	26
6-Parcerias casuais	14	38
7-Relações de afeto	03	08
8-Maturidade na reflexão das relações e parcerias sexuais	07	15
9- Relações conflituosas	05	20
10- Relações extraconjugais	06	10
11-“Mundo Gay”	10	26
12-Abuso sexual	02	02
13- Uso da mídia digital para buscar parcerias sexuais	04	07
14- Enquadramento do tipo de relação dentro dos parâmetros de “normalidade”	04	09
15-Rastreamento para outras IST	03	07
16- Discurso de maior cuidado com a saúde a partir do diagnóstico de sífilis	04	06
17- Busca pelos serviços de saúde ao apresentar sintomas e não de forma preventiva	05	11
18-Acompanhamento do HIV	05	08
19- Acesso a assistência suplementar	04	04
20-Cuidado voltado a promoção da saúde e prevenção de doenças	04	12
21-Descrédito nos serviços públicos de saúde	03	04

22-Negligência com a saúde	04	15
23-Iniquidades sociais e econômicas que envolvem o diagnóstico e tratamento da sífilis	01	02
24- Conselhos positivos para amigos ou sociedade	13	23
25- Fortalecimento do SUS	01	03
26- Infecção inesperada	15	38
27-Diagnóstico mediante a sintomas clínicos	09	16
28- Busca por assistência mediante aos sintomas	05	10
29-Entraves para diagnóstico por não procura de atendimento nos serviço de saúde	03	04
30- Entraves para diagnostico a partir do contato com o serviço de saúde	10	21
31-Realização do exame diagnóstico	19	33
32-Tristeza, medo ou ansiedade no diagnóstico	09	20
33-Diagnóstico sem sintomas específicos, através de programas de saúde que incluem os homens	13	36
34-Reinfecção	08	10
35-Busca por assistência mediante a sintomas de outra IST confundido com sinais da sífilis	03	05
36-Apoio mediante ao diagnóstico	07	16
37- Tratamento medicamentoso da sífilis	25	55
38-Entraves para o tratamento	03	06
39-Acompanhamento posterior ao tratamento	17	33
40-Consciência da importância do tratamento	05	08
41-Dificuldades relacionadas ao tratamento	07	18
42-Dificuldades associadas à administração da medicação	08	13
43-Automedicação	02	07

44-Fatores que facilitaram o tratamento	03	19
45- Reconhecendo a co-responsabilidade	03	04
46- Tratamento indireto da sífilis	01	01
47- Sorte para ser tratado, não perspectiva do direito	03	03
48-Perspectivas após o tratamento	03	06
49-Bebida alcoólica como facilitador para o sexo sem proteção	04	07
50- Discurso diferente da pratica	03	04
51- Dificuldades para uso do preservativo associado ao prazer	09	16
52-Dificuldade na negociação do uso do preservativo com as parcerias sexuais	09	22
53-Relação de confiança como facilitadora para o desuso do preservativo	15	30
54-Reflexão quanto ao comportamento vulnerável ao contágio por sífilis	03	05
55-Ação impulsiva	07	22
56-Relação de desconfiança	03	07
57-Ciência dos comportamentos vulneráveis a infecção	19	39
58-Relações desprotegidas antes da era HIV	05	08
59- Relações desprotegidas na atualidade	06	13
60-Dificuldade para o uso do preservativo para sexo oral	15	44
61-Perspectiva de maior cuidado após o contágio	07	17
62-O uso do preservativo para se proteger	07	09
63-O uso do preservativo para proteger as parcerias sexuais	05	08
64-O estímulo ao uso do preservativo pelos outros	10	20
65-Aderência ao uso do preservativo	06	07
66-Evitando relação sexual para não adquirir/transmitir IST	05	08

67-Uso do preservativo como regra de relações casuais	08	13
68-Associação do tipo de preservativo ao prazer sexual	02	03
69- Práticas preventivas para além do uso do preservativo	10	21
70-Contágio por outras IST	04	07
71-Dificuldade de acesso ao preservativo	02	02
72-Uso inadequado ou rompimento do preservativo	03	05
73- A prevenção contraceptiva	02	02
74-Tentando achar o pivô do contágio da infecção	20	49
75-Culpando a si pelo seu contágio	10	16
76- Comprometimento físico	05	10
77-Comprometimento social	02	03
78-Comprometimento afetivo	02	05
79-Conhecimento sobre sífilis antes do diagnóstico	12	23
80-Conhecimento sobre a sífilis após o diagnóstico	17	32
81-Busca por informações quanto à sífilis	10	23
82-Informações equivocadas ou incompletas provenientes dos Serviços de Saúde	06	07
83-Vírus HIV como mais relevante que a infecção por sífilis	15	33
84-Dúvidas após diagnóstico	04	10
85-Sífilis pertencente ao espaço social	07	11
86-Acesso a informação sobre a sífilis	07	12
87-Entendimento do seu estado de saúde	06	13
88-Confusão dos sintomas da sífilis com outras doenças	03	09
89- Falta de informação quando à sexualidade	05	18
90- Banalização da sífilis	07	18

91-Desejo de contatar as parcerias sexuais	02	04
92- Contato das parcerias sexuais	09	10
93-Dificuldades para contatar, diagnosticar e tratar as parcerias sexuais	04	10
94-Diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais	08	11
95-Assistência institucional	10	12
96-Assistência de enfermagem	03	04
97-Assistência dos demais profissionais	04	10
98-Exercício sexual como atributo da masculinidade	07	12
99-Saindo da heteronormatividade	04	14
100-Medo de expor a orientação sexual	06	21
101-Relação de desconfiança com a mulher	03	08
102-Preconceitos envolvendo desvios da masculinidade hegemônica	08	35
103-Início precoce da vida sexual	03	03
104-Uso de álcool e outras drogas e sua ação nas relações sexuais	05	12
105-Questões emocionais e o exercício da sexualidade	06	33
106-Busca por prazer através da exploração do corpo	04	10

Fonte: dados da pesquisa

Quadro B – Temas que emergiram a partir das unidades temáticas

Tema/ Unidades Temáticas	Recorrência
1-Tipos de relações afetivo-sexuais	246
1.1-Justificativa para poucas relações sexuais	25
1.2- Relações com múltiplas parcerias sexuais	09
1.3-Ambientes para sexo casual	45
1.4- Relações que favorecem a confiança da não infecção	06
1.5-Parcerias fixa	26
1.6-Parcerias casuais	38
1.7-Relações de afeto	08
1.8-Maturidade na reflexão das relações e parcerias sexuais	15
1.9- Relações conflituosas	20
1.10- Relações extraconjugais	10
1.11-“Mundo Gay”	26
1.12-Abuso sexual	02
1.13- Uso da mídia digital para buscar parcerias sexuais	07
1.14- Enquadramento do tipo de relação dentro dos parâmetros de “normalidade”	09
2-Cuidado à saúde	95
2.1-Rastreamento para outras IST	07
2.2- Discurso de maior cuidado com a saúde a partir do diagnóstico de sífilis	06
2.3- Busca pelos serviços de saúde ao apresentar sintomas e não de forma preventiva	11
2.4-Acompanhamento do HIV	08
2.5- Acesso a assistência suplementar	04
2.6-Cuidado voltado a promoção da saúde e prevenção de doenças	12
2.7-Descrédito nos serviços públicos de saúde	04

2.8-Negligência com a saúde	15
2.9-Iniquidades sociais e econômicas que envolvem o diagnóstico e tratamento da sífilis	02
2.10- Conselhos positivos para os amigos ou sociedade	23
2.11- Fortalecimento do SUS	03
3-Diagnóstico da sífilis	209
3.1- Infecção inesperada	38
3.2-Diagnóstico mediante a sintomas clínicos	16
3.3- Busca por assistência mediante aos sintomas	10
3.4-Entraves para diagnóstico por não procura de atendimento no serviço de saúde	04
3.5- Entraves para diagnóstico a partir do atendimento médico ou contato com o serviço de saúde	21
3.6-Realização do exame diagnóstico	33
3.7-Tristeza, medo ou ansiedade no diagnóstico	20
3.8-Diagnóstico sem sintomas específicos, através de programas de saúde que incluem os homens	36
3.9-Reinfecção	10
3.10- Busca por assistência mediante a sintomas de outra IST confundido com sinais da sífilis	05
3.11-Apoio mediante ao diagnóstico	16
4-Tratamento da sífilis	173
4.1- Tratamento medicamentoso da sífilis	55
4.2-Entraves para o tratamento	06
4.3-Acompanhamento posterior ao tratamento	33
4.4-Consciência da importância do tratamento	08
4.5-Dificuldades relacionadas ao tratamento	18
4.6-Dificuldades associadas a administração da medicação	13

4.7-Automedicação	07
4.8-Fatores que facilitaram o tratamento	19
4.9- Reconhecendo a co-responsabilidade	04
4.10- Tratamento indireto da sífilis	01
4.11- Sorte para ser tratado, não perspectiva do direito	03
4.12-Perspectivas após o tratamento	06
5-Prevenção da sífilis	339
5.1-Bebida alcoólica como facilitador para o sexo sem proteção	07
5.2- Discurso diferente da prática	04
5.3- Dificuldades para o uso do preservativo associado ao prazer	16
5.4-Dificuldade na negociação do uso do preservativo com as parcerias sexuais	22
5.5-Relação de confiança como facilitadora para o desuso do preservativo	30
5.6-Reflexão quanto ao comportamento vulnerável ao contágio de infecção por sífilis	05
5.7-Ação impulsiva	22
5.8-Relação de desconfiança	07
5.9-Ciência dos comportamentos vulneráveis a infecção	39
5.10-Relações desprotegidas antes da era HIV	08
5.11- Relações desprotegidas na atualidade	13
5.12-Dificuldade para o uso do preservativo para sexo oral	44
5.13-Perspectiva de maior cuidado após o contágio	17
5.14-O uso do preservativo para se proteger	09
5.15-O uso do preservativo para proteger as parcerias sexuais	08
5.16-O estímulo ao uso do preservativo pelos outros	20
5.17-Aderência ao uso do preservativo	07

5.18-Evitando a relação sexual para não adquirir ou transmitir IST	08
5.19-Uso do preservativo como regra de relações casuais	13
5.20-Associação do tipo de preservativo ao prazer sexual	03
5.21- Práticas preventivas para além do uso do preservativo	21
5.22-Contágio por outras IST	07
5.23-Dificuldade de acesso ao preservativo	02
5.24-Uso inadequado ou rompimento do preservativo	05
5.25- A prevenção contraceptiva	02
6-A culpa pelo contágio	65
6.1-Tentando achar o pivô do contágio pela infecção	49
6.2-Culpando a si pelo seu contágio	16
7-Consequências da sífilis	18
7.1- Comprometimento físico	10
7.2-Comprometimento social	03
7.3-Comprometimento afetivo	05
8-Conhecimento sobre sífilis	209
8.1-Conhecimento sobre sífilis antes do diagnóstico	23
8.2-Conhecimento sobre a sífilis após o diagnóstico	32
8.3-Busca por informações quanto a sífilis	23
8.4-Informações equivocadas ou incompletas provenientes dos serviços de saúde	07
8.5-Vírus HIV como mais relevante que a infecção por sífilis	33
8.6-Dúvidas após diagnóstico	10
8.7-Sífilis pertencente ao espaço social	11
8.8-Acesso a informação sobre a sífilis	12
8.9-Entendimento do seu estado de saúde	13

8.10-Confusão dos sintomas da sífilis com outras doenças	09
8.11- Falta de informação quando a sexualidade	18
8.12- Banalização da sífilis	18
9-Contato de parcerias sexuais	35
9.1-Desejo de contatar as parcerias sexuais	04
9.2- Contato das parcerias sexuais	10
9.3-Dificuldades para contatar, diagnosticar e tratar as parcerias sexuais	10
9.4-Diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais	11
10-Descrição da assistência prestada	26
10.1-Assistência institucional	12
10.2Assistencia de enfermagem	04
10.3-Assistencia dos demais profissionais	10
11-Gênero e masculinidades	90
11.1-Exercício sexual como atributo da masculinidade	12
11.2-Saindo da heteronormatividade	14
11.3-Medo de expor a orientação sexual	21
11.4-Relação de desconfiança com a mulher	08
11.5-Preconceitos envolvendo desvios da masculinidade hegemônica	35
12-O exercício da sexualidade	58
12.1-Início precoce da vida sexual	03
12.2-Uso de álcool e outras drogas e sua ação nas relações sexuais	12
12.3- Questões emocionais que refletem no exercício da sexualidade	33
12.4- Busca por prazer através da exploração do corpo	10

Fonte: dados da pesquisa

Após esse agrupamento final, foi realizada confirmação dos temas e unidades temáticas com nova leitura do material das narrativas na íntegra, só que já colorido de acordo com os temas, momento em que ocorreram a verificação da frequência dos temas por narrativa e quantificada a sua recorrência, permitida pela comparação entre as narrativas, que é tido como um momento essencial da pesquisa etnossociológica, como afirma Bertaux (2010, p.121):

É por meio da comparação entre os percursos biográfico que se percebem recorrências das mesmas situações, das lógicas de ação semelhantes; que se descobre, através de seus efeitos, um mesmo mecanismo social ou mesmo processo.

Após esta etapa, um novo agrupamento foi realizado, etapa denominada SÍNTESE, a qual determinou duas grandes categorias analíticas, subdivididas em duas subcategorias (Quadro C):

- 1) O exercício da sexualidade e suas implicações na saúde sexual dos homens, e
- 2) Diagnóstico e tratamento da sífilis e as dificuldades assistenciais enfrentadas pelos homens.

Os custos com o estudo foram descritos no Relatório de Custos (APÊNDICE E).

Quadro C – Categorias, a partir dos temas

Categoria 1

O EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE SEXUAL DOS HOMENS (Recorrência: 942)

1.1- *Fatores sociais e culturais que influenciam no exercício da sexualidade* (Recorrência: 394)

1.1.1- O exercício da sexualidade (Recorrência: 58)

1.1.2- Tipos de relações afetivo-sexuais (Recorrência: 246)

1.1.3- Sexualidade, gênero e masculinidades (Recorrência: 90)

1.2- *Conhecer a sífilis para preveni-la: lacunas na promoção da saúde sexual dos homens* (Recorrência: 548)

1.2.1- Conhecimento sobre sífilis (Recorrência: 209)

1.2.2- Prevenção da sífilis (Recorrência: 339)

Categoria 2

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS E AS DIFICULDADES ASSISTENCIAIS ENFRENTADAS PELOS HOMENS (Recorrência: 621)

2.1- *Descobrimo-se com sífilis* (Recorrência: 387)

2.1.1- Diagnóstico da sífilis (Recorrência: 209)

2.1.2- A culpa pelo contágio (Recorrência: 65)

2.1.3- Consequências da sífilis (Recorrência: 18)

2.1.4- Cuidado à saúde (Recorrência: 95)

2.2- *O Tratamento da sífilis* (Recorrência: 234)

2.2.1- Tratamento da sífilis (Recorrência: 173)

2.2.3- Contato das parcerias sexuais (Recorrência: 35)

2.2.4- Descrição da assistência prestada (Recorrência: 26)

Fonte: dados da pesquisa.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

- **Teoria da Diversidade e da Universalidade Cultural de Cuidado, de Madeleine Leininger**

Laraia (2001) afirma que a espécie humana não pode ser explicada se não for considerada a sua diversidade cultural. E neste aspecto, Gill e Goodson (2015) consideram que a história e a narrativa de vida admitem que, além de os fenômenos serem construídos socialmente, as ações humanas sofrem influência social, cultural, política e histórica.

Segundo Lima (2006), a enfermagem é uma ciência humana, voltada ao cuidado do ser humano, com conhecimento e prática que abrange desde o estado de saúde até o estado de doença. A mesma autora entende também por cultura, “a programação extragenética que guia e ordena os comportamentos sociais e ideológicos expressos pelo que pensa e faz cada pessoa” (Op. Cit., p.61). Nesta perspectiva, os profissionais que atuam na área da enfermagem devem conhecer e desvendar a cultura, por nela se concentrar um sistema de representações de valores e regras de conduta que vão interferir no comportamento, pensamento e posição social do indivíduo, o que influenciará no seu estado de saúde/doença.

As teorias são necessárias para a existência da enfermagem como disciplina acadêmica, assim como é vital para a prática profissional, pois colabora no sentido de organizar, compreender e analisar os dados do usuário/paciente, auxiliando nas decisões que se referem às intervenções de enfermagem. Na atualidade, há uma tendência em basear as práticas de enfermagem em Teorias já consagradas, pois as enfermeiras precisam de um modelo de cuidado para fundamentar suas ações de cuidado (TOMEY; ALLIGOOD, 2003).

Através das narrativas de vida presentes neste estudo, percebe-se que para a compreensão do conhecimento, diagnóstico e tratamento da sífilis nos homens, há necessidade de entender as questões culturais que estão imersas no fenômeno dessa infecção que vem acometendo os homens. Considera-se que as questões da sexualidade não se restringem ao âmbito individual, sendo necessária a compreensão de comportamentos, valores e contextos sociais e culturais (BRASIL,1997).

Os resultados deste estudo foram fortemente influenciados pelo conceito de gênero, termo construído socialmente, que varia entre as mais distintas culturas (SCOTT, 1995) e sofre alterações ao longo do processo histórico (CONNEL,1995). Neste contexto, as vivências das masculinidades são socialmente construídas, variando de cultura para cultura e até mesmo dentro da própria cultura (KIMMEL,1998).

A análise das narrativas dos homens tornou claro que o contágio, o diagnóstico e o tratamento da sífilis ocorrem em meio a temas relacionados às diversas formas de viver as masculinidades e o exercício da sexualidade, além de ser retratado intensamente no universo LGBTI rompendo os padrões heteronormativos relacionados à masculinidade hegemônica.

Ao considerar que este fenômeno envolve o cuidado a nível preventivo, diagnóstico e/ou terapêutico, nas mais distintas áreas do saber, optou-se por embasar as discussões e proposições de análise nos conceitos da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, visto que é utilizada para verificar as implicações culturais de uma variedade de problemas (MCEWEN; WILLS, 2007).

Madelaine Leininger fundou, na década de 50, a enfermagem transcultural, sendo a primeira enfermeira a obter o título de PhD em Antropologia Cultural e Social. Foi uma das primeiras enfermeiras renomadas a usar os métodos qualitativos de pesquisa. Ao se especializar em Enfermagem Psiquiátrica e se dedicar à assistência de enfermagem à criança, observava que havia, por parte dos profissionais, uma falta de compreensão a respeito dos fatores culturais que influenciavam o seu comportamento, identificando também se existiam diferenças culturais entre eles que não eram adequadamente assistidas, fato que a motivou em seu Doutorado a estudar as diversas culturas (MCFARLAND, 2011).

Madeleine Leininger, uma teórica renomada cujo foco de interesse era o cuidado cultural, foi pioneira na discussão da temática na década de 70; pertenceu ao grupo responsável pela fundação da Associação Internacional para o Cuidado Humano, que disseminou as discussões sobre o tema para outros países, além dos Estados Unidos da América; construiu uma teoria fundamentada num modelo transcultural de enfermagem e, com o modelo do Sol Nascente - que representa os componentes essenciais da sua teoria, englobou a noção de cuidado humano em suas semelhanças e diferenças nas mais diversas culturas (WALDOW, 2012), que ainda hoje se reflete nos modelos assistenciais, no apoio e na capacitação do cuidado das pessoas (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

A Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural tem por objetivo proporcionar o cuidado coerente com a cultura, orientando as enfermeiras no sentido de que adquiram conhecimento quanto ao mundo dos pacientes, para fazerem uso dos seus pontos de vista, dos seus conhecimentos e práticas. Ademais, acreditava que existisse diferentes formas, expressões e modelos de cuidado, alguns universais e outros com particularidades. A teórica destaca ainda que as crenças, valores e práticas de cuidado cultural, são influenciados por muitos contextos: do ponto de vista, da visão de mundo, da religião, do parentesco, da educação, entre outros (MCFARLAND, 2011).

Foi pioneira na proposição de que enfermagem seja sinônimo de cuidado e o objetivo de sua teoria está baseado no cuidado de enfermagem com valorização da herança cultural e no modo de vida. O foco de sua teoria é centrado no reconhecimento e no entendimento das similaridades e diferenças culturais, sendo essas informações usadas para influenciar positivamente o cuidado em enfermagem e saúde. E esta teoria é usada principalmente por enfermeiros que trabalham com indivíduos, famílias e grupos culturalmente distintos do seu. (MCEWEN; WILLS, 2007).

A teoria proposta teve por objetivo conhecer e explicar a interdependência entre cuidado e cultura, considerando as diferenças e semelhanças entre as distintas culturas, o que é essencial para a prática do cuidado em saúde, em especial da enfermagem. O método de etnoenfermagem é designado por Leininger para adequar-se tanto à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, quanto aos objetivos da pesquisa qualitativa. Esse método é rigoroso e sistemático porque visa estudar diversas culturas e fatores do cuidado, identificando a inter-relação entre cuidado e cultura, a fim de atingir o cuidado culturalmente congruente. E nesta perspectiva, são lançados seis capacitadores que abrangem múltiplos fatores e influenciam nos padrões e expressões do cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

O principal capacitador é o “modelo de *Sunrise*” (Figura A), tido como um “mapa cognitivo” que cobre os principais componentes da Teoria e facilita o reconhecimento dos fatores e da implementação do cuidado dentro da cultura. Este modelo retrata quatro níveis, sendo o *primeiro* constituído pelos componentes da dimensão cultural e da estrutura social (fatores tecnológicos, religiosos/ filosóficos, sociais e de parentesco, valores e estilo de vida, políticos/legais, econômicos e educacionais); o *segundo* está relacionado à expressão do cuidado à saúde voltado para a situação específica dos indivíduos, incluindo suas famílias, grupos, comunidades e instituições de saúde; o *terceiro* refere-se à identificação do conhecimento genérico (*emic*) e do conhecimento profissional (*etic*), intercedidos pela enfermagem; e finalmente, o *quarto* nível volta-se para as três modalidades de ações ou decisões assistenciais necessárias para atingir um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2015):

1♦Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural -Voltada a ajudar as culturas a manter ou preservar as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar a deficiência ou a morte;

2♦Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural- Direcionada a auxiliar as culturas a se adaptarem ou negociarem com o outro um cuidado efetivo à saúde ou

ao bem-estar, ou a lidar com a doença e com a morte;

3♦Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural- Objetiva ajudar as pessoas a reordenar, modificar ou reestruturar seus modos de vida.

Um ensaio reflexivo quanto às ações de enfermagem foi possibilitado pelo conteúdo que emergiu das narrativas, principalmente por sabermos que na socialização dos homens, eles são estimulados a seguirem padrões de conduta e sentimento atrelados ao que é ser homem (CONNEL,1995), mas também considera-se, nesse contexto, que em qualquer sociedade há múltiplos sentidos do que significa “ser homem”, portanto, nem todos os homens seriam iguais (KIMMEL,1998).

E por Leininger enfatizar que o respeito aos seres humanos espiritual, holística e culturalmente seja essencial para o processo de cuidar, considera-se o quão válido é o conceito de universalidade e diversidade descritos por ela e o quanto o entendimento destes termos e da sua aplicabilidade, em muito auxiliariam na implementação de uma assistência integral em saúde voltada aos homens brasileiros, considerando as suas similaridades e diferenças no que tange à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis.

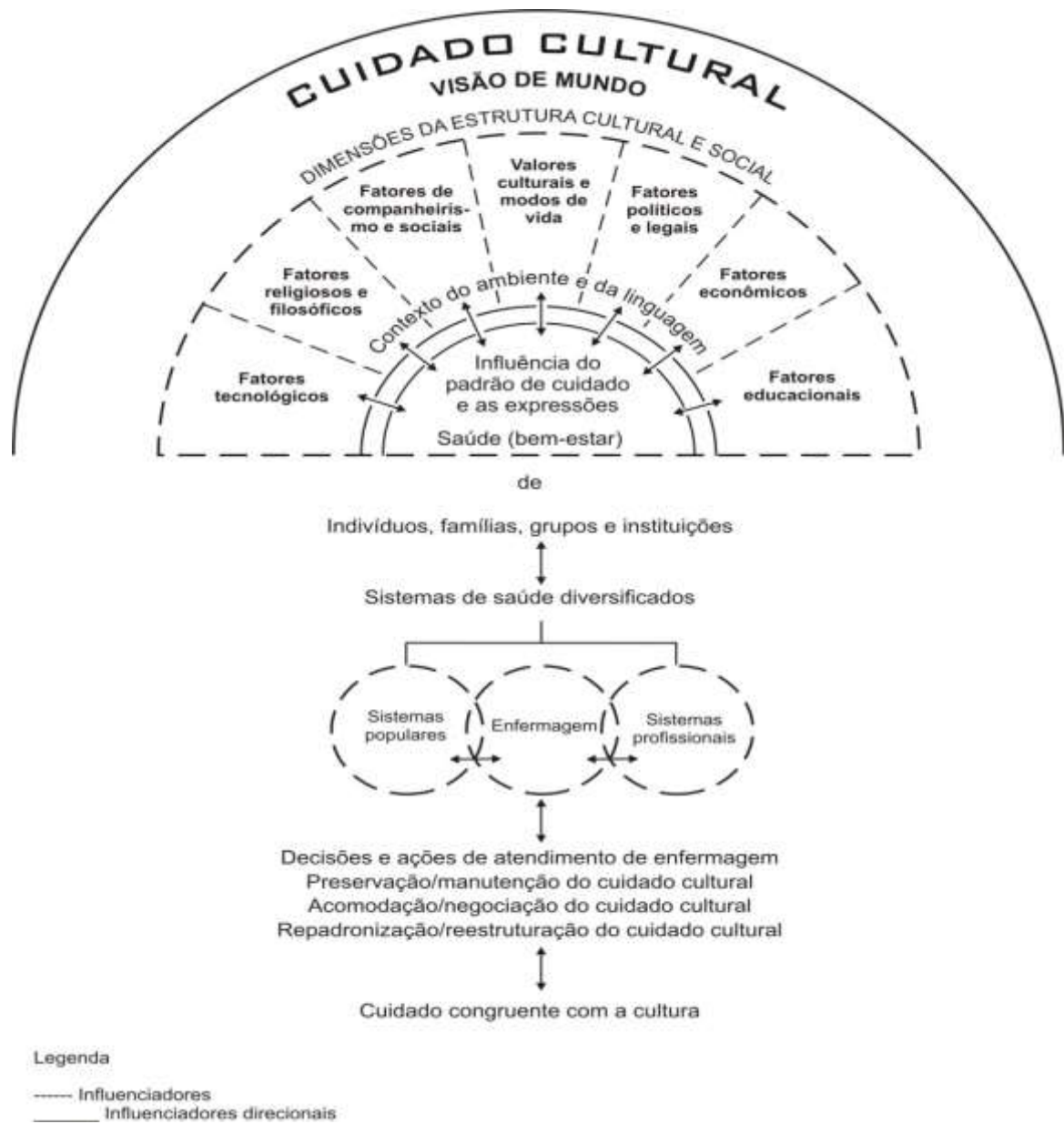


Figura A - Modelo Sunrise

Fonte: LEININGER & MCFARLAND (1991, p.25).

Obs: Figura traduzida e extraída da tese de Doutorado de SILVA (2003, p. 36).

5. ANÁLISE DOS DADOS

5.1 - ANÁLISE DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Para melhor entendimento das características sociais e econômicas, além de alguns aspectos relacionados ao contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis, foi elaborado um historiograma dos informantes do estudo (Quadro D) e, ainda, realizada uma análise preliminar das categorias oriundas das unidades temáticas, que será exposta a seguir.

Quadro D - Historiograma (História resumida de cada entrevistado com relação ao contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis)

Identificação	HISTORIOGRAMA
H1	<p>29 anos, branco, evangélico não praticante, Ensino Médio Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual. História de uso irregular do preservativo, frequentou locais para sexo comercial, duas parceiras grávidas alguns meses após o seu tratamento. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, manchas hiperemiadas em MMSS, em médico particular.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)=1/16 e teste treponêmico reativo.</p> <p>TRATAMENTO: Duas doses de 2.400.000UI de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Não retornou para realização de VDRL após 3 meses.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Assintomática, realizou exame, sendo não reator.</p>
H2	<p>36 anos, pardo, não possui religião, Ensino Superior Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Testagem reagente para HIV desde 2004, não descreveu detalhes maiores do exercício da sexualidade.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2015, na fase secundária, em médico particular.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL=1/2048 e teste treponêmico reator</p> <p>TRATAMENTO: Primeiramente tratado no serviço particular com três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 3 dias entre cada dose. Ao comparecer no serviço hospitalar em que faz acompanhamento no setor de Imunologia, foi tratado com três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)=1/8 após 6 meses de tratamento, em que apresentou lesões eritomasas palmares, sendo novamente medicado com três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não contactada.</p>

(continua)

(continuação)

H3	<p>41 anos, pardo, católico não praticante, Ensino Superior Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Testagem reagente para HIV desde 2013. História de uso irregular do preservativo.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, apresentando máculas hipercromicas palmo-plantares e paralisia facial periférica bilateral associada a paralisia bilateral do nervo vestibulococlear, na UBS.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)= 1/16, punção lombar com VDRL (líquor)=Não reator e teste treponêmico reator</p> <p>TRATAMENTO: Primeiramente tratado com 2 gramas de ceftriaxone intramuscular na UBS, ao apresentar quadro de alteração neurológica, foi internado na instituição hospitalar para investigação, sendo diagnosticado com neurossífilis e tratado com penicilina cristalina endovenosa por 10 dias.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= 1/2 e VDRL (líquor)= não reator , após três meses de tratamento, e VDRL (soro) e VDRL (líquor) não reator após 6 meses. Após seis meses de tratamento,foi relatado pela equipe que o mesmo desistiu do acompanhamento médico.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não contactada</p>
H4	<p>33 anos, preto, budista praticante, Ensino Superior Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Testagem reagente para HIV desde 2017. História de uso irregular de preservativo e multiplicidade de parceiros sexuais, frequente locais de sexo casual.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, diagnóstico realizado em UBS como rotina pré-operatória, momento em que descobriu ser portador do vírus HIV.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator e VDRL(soro)=1/1.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Não consigo contato e não encontro prontuário ambulatorial.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não contactada.</p>
H5	<p>54 anos, pardo, espírita praticante, Ensino Fundamental Completo, casado (juntos há 6 anos), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Testagem reagente para HIV desde 2008. História de uso irregular do preservativo no passado, com uso regular após se descobrir vivendo com HIV, uso irregular do preservativo para o sexo oral e multiplicidade de parceiros sexuais. Frequentou locais de sexo casual.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2010, ao apresentar lesão em palato duro, percebida por odontologista.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Biopsia de lesão em palato duro, VDRL (soro)=1/128 e punção lombar com VDRL (líquor)=Não reator</p> <p>TRATAMENTO: Duas doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose, orientado a repetir o tratamento 5 meses depois por relato de não aderência ao tratamento.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL(soro) = 1/8, após 3 meses do tratamento. Repetiu tratamento por três vezes tratamento por elevação de titulação no VDRL no soro, por possível reinfecção. Último VDRL (soro)= 1/32.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Assintomático, realizou exame e fez tratamento.</p>

(continua)

(continuação)

H6	<p>56 anos, preto, evangélico praticante, Ensino Fundamental Completo, solteiro (junto à namorada há 2 anos), filho de 22 anos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual com história de relação homoafetiva casual no passado. Testagem reagente para HIV desde 2002. História de uso irregular do preservativo, atualmente usa regularmente o preservativo, com exceção para o sexo oral, frequentou locais para sexo comercial.</p> <p>DIAGNÓSTICO: 2016, apresentando nódulo cervical, diagnosticado nas consultas regulares na Imunologia do hospital. Refere primeira infecção na juventude, sem acompanhamento posterior.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro) 1/4 após seis meses de tratamento. Último VDRL (soro) 1/1, após 9 meses.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Com lesão genital, realizou exame e fez tratamento.</p>
H7	<p>58 anos, branco, evangélico não praticante, Ensino Fundamental Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual. Testagem reagente para HIV desde 1994. História de uso irregular do preservativo, atualmente usa regularmente o preservativo, com exceção para o sexo oral, com história de uma relação desprotegida, frequenta locais para sexo casual. Refere história de duas infecções por gonorreia.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017 (última reinfecção), apresentando rash em tronco e MMSS, diagnosticada na dermatologia do hospital, por ter sido encaminhado pelo setor de Imunologia. Refere primeira infecção por sífilis na juventude e duas reinfecções na vida adulta.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL(soro)= 1/2048, VDRL (líquor)=não reator e Teste treponêmico reator</p> <p>TRATAMENTO: Duas doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose, apresentando falha terapêutica, tratado após 4 meses com três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro) 1/512 após 3 meses de tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H8	<p>61 anos, pardo, espírita praticante, Ensino Superior Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. História de uso irregular do preservativo. Multiplicidade de parcerias sexuais. Sem contato sexual há mais de 15 anos. História de violência por parte do ex-parceiro sexual. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: EM 2016, assintomático, em UBS, ao realizar exame pré-operatório.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator e VDRL (soro) não reator</p> <p>TRATAMENTO: <u>AUTOMEDICAÇÃO:</u> Cinco doses de 1.200.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Não realizado.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

(continua)

(continuação)

H9	<p>21 anos, pardo, evangélico praticante, Ensino Médio Completo, casado a 2 anos, Sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual. História de poucas parceiras sexual, uso irregular do preservativo com parcerias fixas. Parceira grávida, no momento do diagnóstico, com história de um abortamento sem causa definida há 2 anos. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, durante acompanhamento pré-natal de parceira.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator. Não realizou VDRL inicial.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: 1°. VDRL (soro)após 3 meses de tratamento não reator e após 4 meses de tratamento = 1/8 e VDRL (soro)= ¼, após 6 meses de tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Diagnóstico a partir desta.</p>
H10	<p>18 anos, pardo, católico não praticante, Ensino Médio em curso, solteiro (junto à namorada há 1 ano), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual. História de poucas parceiras sexual, uso irregular do preservativo com parcerias fixas. . Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO:Em 2017, manchas hiperemiadas em tórax e lesão dolorosa em pênis, após passar por outros serviços, com diagnostico equivocado, fez diagnostico correto na UBS.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator, VDRL(soro)=1/16</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= 1/8 após 3 meses e VDRL (soro)= 1/1 após 6 meses.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Assistomática, convocada, diagnosticada e tratada.</p>
H11	<p>40 anos, preto, espírita praticante, Ensino Fundamental Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Testagem reagente para HIV desde 2001. História de uso irregular do preservativo.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2015, assintomático, diagnosticado nas consultas regulares na Imunologia do hospital. Refere primeira infecção em 2011.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)=1/16</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: último VDRL(soro)=não reator, após 2 anos do tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H12	<p>49 anos, branco, católico não praticante, Ensino Fundamental Incompleto, em união estável a 18 anos, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual com história de relação homoafetiva no passado. Testagem reagente para HIV desde 2001. Não adere ao uso do preservativo. História de relações extra-conjugais. História de condiloma genital e anal.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, na internação hospitalar para tratamento de erisipela. Primeira infecção por sífilis em 2012.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro) =1/16</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro) = ¼, após 3 meses de tratamento, e VDRL 1/16 após 6 meses de tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

(continua)

(continuação)

H13	<p>49 anos, branco, espírita praticante, Ensino Superior Incompleto, união estável, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual, já mantendo relação sexual com transexual feminino, frequenta locais de sexo casual e comercial. Uso irregular do preservativo. Testagem reagentes para HIV desde 2002. História de gonorreia e Hepatite B.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017 (última reinfecção). Enfartamento ganglionar e cancro oral? Diagnosticado nas consultas regulares na Imunologia do hospital, com aumento de titulação de VDRL no soro. Primeira infecção por sífilis em 2005, com mais quatro reinfecções, e em 2008 teve neurosífilis.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)= 1/8</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro) após 6 meses 1/8.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H14	<p>29 anos, pardo, evangélico não praticante, Ensino Superior Completo, União Consensual (Juntos a 3anos), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual, História de uso irregular do preservativo. Contágio por hepatite B e herpes genital. Relato de abuso sexual na juventude. Testagem não reagentes para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, ao realizar exames de rotina, no serviço privado de saúde. Primeira infecção por sífilis já na juventude.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)=1/128</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= 1/8, após 1 ano do tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Realizou exame, não reativo, porém, tratada profilaticamente.</p>
H15	<p>45 anos, pardo, agóstico, Ensino Superior Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, com história de relação com mulher, de multiplicidade de parceiros, frequenta locais para sexo casual. Uso irregular de preservativo, após diagnóstico de sífilis procura usar preservativo no sexo oral em relações casuais. Testagem reagentes para HIV desde 2001. Relato de tentativa de abuso sexual.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2012, apresentando alopecia e alteração de comportamento, diagnosticado na Imunologia do hospital. Refere uma reinfecção por sífilis em 2014. Teve neurosífilis.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)=1/64</p> <p>TRATAMENTO: Penicilina Cristalia endovenosa por 21 dias.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL (soro)= 1/8, cinco anos após o tratamento. Em novo VDRL após 5 meses da entrevista apresentou VDRL (soro)=1/16, em investigação para neurosífilis.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Convocado pelo próprio paciente, contudo, o mesmo não sabe se procurou atendimento.</p>

(continua)

(continuação)

H16	<p>34 anos, pardo, católico não praticante, Ensino Médio Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, uso irregular do preservativo. História de relações casuais e frequente locais para sexo casual. Testagem reagente para HIV desde 2012.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, assintomático, diagnosticado nas consultas regulares na imunologia do hospital.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator, e VDRL (soro)= 1/4</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL (soro)= não reator e punção lombar com VDRL (líquor)= não reator, após 3 meses de tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H 17	<p>31 anos, preto, espírita praticante, Ensino Fundamental Incompleto, união consensual (Juntos a 1 ano), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, com história de relação com travesti, uso irregular do preservativo. Multiplicidade de parceiros e relações extraconjugais. Testagem reagente para HIV desde 2012. História de cancro mole e gonorreia.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, apresentando quadro de alopecia, diagnosticado nas consultas regulares na imunologia do hospital. Contudo com VDRL (soro) 1/1, sem história de tratamento anterior no ano de 2016.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator, VDRL (soro)= 1/64</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro) 1/32 e VDRL (líquor)= Não reator.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Convocado, diagnosticado e tratado.</p>
H18	<p>47 anos, branco, não tem religião, Ensino Médio Completo, união consensual (Juntos a 1 ano), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, uso irregular do preservativo. Multiplicidade de parceiros sexuais e relações extraconjugais. Testagem reagente para HIV desde 1996. História de citomegalovírus, cancro mole e gonorreia.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017(última reinfecção), assintomático, diagnosticado nas consultas regulares na Imunologia do hospital. Infecção por sífilis, junto ao diagnóstico de HIV, com mais duas reinfecções na fase adulta.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (no soro)= 1/128.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= 1/8, após 3 meses de tratamento, submetido a punção lombar, VDRL (líquor)= não reator.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Convocado, diagnosticado e tratado.</p>
H19	<p>65 anos, pardo, católico praticante, Ensino fundamental Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, não adere ao uso do preservativo, sexo casual, Sem contato sexual há mais de 15 anos. Testagem não reagente para HIV em 2016.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2016, assintomático, em ação educativa.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator, VDRL=1/16 e punção lombar com VDRL (líquor)= Não reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Não sabe informar e não encontro dados no prontuário.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

(continua)

(continuação)

H20	<p>26 anos, pardo, não tem religião, Ensino Médio Incompleto, solteiro, possui um filho de 5 anos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual, história de parceria casual e relações extraconjugais, uso irregular do preservativo. História de contágio por condiloma acuminato genital. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, na UBS, assintomático, ao procurar atendimento por apresentar lesão por condiloma acuminato.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= 1/1, após dois meses de tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Convocado, diagnosticado e tratado.</p>
H21	<p>50 anos, branco, espírita praticante, Ensino Médio Completo. União Consensual (no momento separados há 7 meses, contudo ficaram juntos por 3 anos), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual, história de parceria casual e sexo comercial. Uso irregular do preservativo. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, motivado por uma amiga médica, por prática sexual vulnerável.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL não reator após, após 6 meses do tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H22	<p>40 anos, branco, ateu, Ensino Superior Incompleto, União Consensual (Juntos a 4 anos), dois filhos de 11 e 13 anos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual, com história de relação com transexual. Testagem reagente para HIV desde 2016. História de contágio por herpes genital.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, assintomático, em assistência privada ao apresentar lesões de herpes genital. Primeira infecção por sífilis em 2016.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator e VDRL=1/8.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Ainda não realizado.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Assintomática, Convocado, exame não reator.</p>
H23	<p>43 anos, pardo, evangélico praticante, Ensino Fundamental Completo, solteiro, possui 9 filhos com idade entre 4 e 24 anos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual, com história de múltiplas parcerias sexuais. Testagem reagente para HIV desde 2009, em abandono de tratamento.</p> <p>DIAGNÓSTICO: EM 2018, na enfermaria da instituição hospitalar, ao investigar quadro de alteração neurológica e manchas hiperemiadas em MMSS. Primeira infecção por sífilis na fase adulta..</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator, VDRL (soro)=1/8 e punção lombar com VDRL (líquor)= não reator</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: Ainda não realizado</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

(continua)

(continuação)

H24	<p>38 anos, pardo, evangélico praticante, Ensino Fundamental Incompleto, casado, possui 6 filhos com idades entre 9 e 21 anos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual, com história de relações extraconjugais. Testagem reagente para HIV desde 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático, em UBS, ao realizar testagem espontânea para HIV.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL (soro)= 1/2, após três meses de tratamento</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H25	<p>26 anos, pardo, evangélico não praticante, Ensino Médio Completo, em união consensual (juntos há 6 anos), sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual, em relação homoafetiva há 5 anos. Uso irregular do preservativo. Testagem reagente para HIV desde 2016. História de infecção por herpes genital.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, assintomático. Diagnosticado nas consultas regulares na Imunologia do hospital, apresentando lesões de herpes genital.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico= reator, VDRL (soro)=1/4 e VDRL (líquor)= Não reator</p> <p>TRATAMENTO: <u>AUTOMEDICAÇÃO:</u> Duas doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: VDRL (soro)= Não reator, após 3 meses do tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Assintomático, convocado, exame não reator.</p>
H26	<p>26 anos, pardo, não tem religião, Ensino Médio Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Uso irregular do preservativo.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, assintomático, durante internação hospitalar para tratamento de neurotoxoplasmose. Testagem reagente para HIV desde 2018. História de contágio por Hepatite B.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico= reator, VDRL (soro)= 1/2 e punção lombar com VDRL (Líquor)= Não reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Ainda não realizado.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H27	<p>35 anos, branco, não tem religião, Ensino Superior Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Uso regular do preservativo, porém com algumas falhas durante a vida e não aderência para sexo oral. Multiplicidade de parceiros sexuais, frequenta locais para sexo casual. História de infecção por gonorreia. Testagem não reagente para HIV em 2017.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2016, Apresentando lesão oral, diagnosticado no hospital em que exercia suas funções profissionais por médico, que era seu colega de trabalho. Primeira infecção por sífilis na vida adulta.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro) 1/512</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL (soro)= 1/4, após dois anos do tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Diagnóstico a partir do seu tratamento.</p>

(continua)

(continuação)

H28	<p>26 anos, preto, budista, praticante, Ensino Superior Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual, História de sexo casual, uso irregular do preservativo. Testagem não reagente para HIV em 2018.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, manchas hiperemiadas em MMII, no Centro de Testagem Anônima.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico reator. Não havia realizado primeiro VDRL.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose. Estava na segunda dose da medicação.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Ainda não realizado.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H29	<p>30 anos, branco, não tem religião, Ensino Superior Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. Uso irregular do preservativo. Testagem reagente para HIV desde 2016, porém, com história de um outro exame posterior falso negativo.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, durante internação hospital para tratamento de neurosífilis sintomática. Refere primeira infecção por sífilis na adolescência, tendo o tratamento interrompido por alergia a penicilina. Em 2016 há relatos verbais da equipe que este teve internação em hospital particular para tratar meningite, com administração de ceftriaxone e doxaciclina, com possibilidade de ter tido neurosífilis e instalação do quadro atual por falha terapêutica.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)= 1/8, Teste treponêmico reator, punção lombar com VDRL (líquor)= não reator.</p> <p>TRATAMENTO: Ceftriaxone intravenoso de 12/12 horas por 14 dias, por alergia a penicilina.</p> <p>ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO: Ainda não realizou.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>
H30	<p>65 anos, pardo, espírita praticante, Ensino Fundamental Incompleto, Divorciado (há 10 anos da última esposa, casou-se duas vezes), possui 4 filhos com idade entre 30 e 38 anos)</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Heterossexual, História de poucas parceiras sexual ao longo da vida, não aderiu ao uso do preservativo. História de infecção por gonorreia. Testagem não reagente para HIV em 2018.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2018, assintomático, na UBS ao procurar atendimento por alterações neurológicas. Tem história de diagnóstico clínico de sífilis em 1978, quando tratou gonorreia.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: Teste treponêmico positivo e VDRL (soro) não reator, e punção lombar com VDRL (líquor)= não reator</p> <p>TRATAMENTO: Uma dose de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular ao realizar teste rápido na UBS. Iniciou primeira dose de 4.000.000 de penicilina cristalina intravenosa, que foi suspensa após resultado de punção lombar. História de uso de penicilina benzatina intramuscular em para tratamento de gonorreia em 1978.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: Não realizou.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

(continua)

(continuação)

H31	<p>32 anos, pardo, católico praticante, Ensino Médio Completo, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Bissexual. Testagem reagente para HIV desde 2015. Prática de sexo comercial e multiplicidade de parceiros sexuais. História de uso regular do preservativo para sexo anal, com rompimento por uso inadequado, contudo não utilização do mesmo para sexo oral.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2015, assintomático, na UBS ao participar de campanha de rastreamento, quando descobriu ser HIV positivo.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)= 1/64 e Teste treponêmico reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose. Repetiu o tratamento por 2 vezes em 1 ano.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: VDRL (soro) =1/32, após 6 meses de tratamento, VDRL (soro)= 1/128 após 9 meses de tratamento, VDRL (soro)= 1/512, após 1 ano de tratamento, momento que repetiu o tratamento. VDRL (soro)= 1/64 após 2 meses de novo tratamento, VDRL (soro)= 1/32 e VDRL (líquor)= não reator, após 11 meses do último tratamento, sendo repetido tratamento. VDRL (soro) = 1/16 após 9 meses de último tratamento.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocadas.</p>
H32	<p>48 anos, pardo, evangélico não praticante, Ensino Fundamental Incompleto, solteiro, sem filhos.</p> <p>HISTÓRIA SEXUAL: Homossexual. História de abuso sexual na infância. Testagem reagente para HIV desde 1994. Frequenta locais de sexo casual e multiplicidade de parceiros sexuais. Não utilizava o preservativo até o diagnóstico do HIV quando passou a fazer seu uso regular, contudo, não o aderindo para o sexo oral.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Em 2017, “sífilis latente indeterminada”, no ambulatório de Imunologia, após percorrer passagem por diversos serviços, inclusive na assistência privada, sem ter diagnosticado. 1ª infecção por sífilis no diagnóstico do HIV.</p> <p>EXAMES DIAGNÓSTICOS: VDRL (soro)=1/32, Punção lombar com VDRL (líquor)= Não reator.</p> <p>TRATAMENTO: Três doses de 2.400.000 de penicilina benzatina intramuscular, com intervalo de 7 dias entre cada dose.</p> <p>ACOMPANHAMENTO: Ainda não realizou.</p> <p>PARCERIAS SEXUAIS: Não convocada.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

Dois quadros foram elaborados para melhor visualização do perfil dos homens entrevistados. No primeiro, foram contempladas variáveis sociais e econômicas, assim como contágio por outras IST e a situação sorológica para o HIV (Quadro E) e no segundo, foram descritos aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento desses homens (Quadro F).

Quadro E – Dados do Perfil Social e Econômico

	HETEROSSEXUAL		BISSEXUAL		HOMOSSEXUAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IDADE								
18-29	4	12,5	2	6,2	2	6,2	8	25,0
30-59	5	15,6	4	12,5	12	37,5	21	65,6
>=60	1	3,1	0	-	2	6,25	3	9,4
COR								
Branca	3	9,4	3	9,4	3	9,4	9	28,1
Parda	6	18,7	3	9,4	9	28,1	18	56,2
Preta	1	3,1	0	-	4	12,5	5	15,6
RELIGIÃO								
Não Possui	1	3,1	0	-	5	-	6	18,7
Ateu	1	3,1	0	-	0	-	1	3,1
Agnóstico	0	-	0	-	1	3,1	1	3,1
Espirita	1	3,1	2	6,2	4	12,5	7	21,9
Católico	2	6,2	1	3,12	3	9,37	6	18,7
Evangélico	5	15,6	3	9,4	1	3,1	9	28,1
Budista	0	-	0	-	2	6,2	2	6,2
GRAU DE INSTRUÇÃO								
Fund. Incomp.	2	6,2	0	-	4	12,5	6	18,7
Fund. Comp.	2	6,2	1	3,12	1	3,12	4	12,5
Méd. Incomp.	2	6,2	0	-	0	-	2	6,2
Méd. Comp.	2	6,2	2	6,2	3	9,37	7	21,9
Sup.Incomp.	2	6,2	1	3,1	3	9,37	6	18,7
Sup. Comp.	0	-	2	6,2	5	15,6	7	21,9
PROFISSÃO								
Desempregado	1	3,1	3	9,3	4	12,5	8	25,0
Autônomo	6	18,7	0	-	5	15,6	11	34,4
Emprego formal	2	6,2	2	6,2	6	18,7	10	31,2
Aposentado	1	3,1	1	3,1	1	3,1	3	9,4
RENDA								
Não possui	0	-	2	6,2	1	3,1	3	9,4
<1 SM	1	3,1	0	-	2	6,2	3	9,4
1-3SM	6	18,7	1	3,1	8	25,0	15	46,9
3-6SM	2	6,2	0	-	2	6,2	4	12,5
6-10SM	1	3,1	3	9,4	3	9,4	7	21,9
ESTADO CONJUGAL								
Unido	4	12,5	3	9,4	3	9,4	10	31,2
Solteiro	5	15,6	3	9,4	13	40,6	21	65,6
Divorciado	1	3,1	0	-	0	-	1	3,1
Sorologia reagente para HIV								
Sim	5	15,6	4	12,5	12	37,5	21	65,6
Não	5	15,6	2	6,2	4	12,5	11	34,4
Outra IST								
Sim	7	21,9	5	15,6	13	40,6	25	78,1
Não	3	9,4	1	3,1	3	9,4	7	21,9
REINF. POR SÍFILIS								
Sim	4	12,5	3	9,4	6	18,7	13	40,6
Não	6	18,7	3	9,4	10	31,2	19	59,4

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro F – Perfil dos Homens quanto ao Diagnóstico e Tratamento

	HETEROSSEXUAL		BISSEXUAL		HOMOSSEXUAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FASE CLÍNICA								
Assintomático	7	21,9	4	12,5	8	25,0	19	59,4
Fase primária	0	-	1	3,1	2	6,2	3	9,4
Fase secundária	3	9,4	1	3,1	6	18,7	10	31,2
EXAME DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%
Teste Rápido	3	9,4	1	3,1	1	3,1	5	15,6
VDRL	1	3,1	2	6,2	5	15,6	8	25,0
Teste Rápido + VDRL	3	9,4	0	-	4	12,5	7	21,9
Teste rápido+ VDRL + Punção lombar	2	6,2	3	9,4	4	12,5	9	28,1
VDRL e punção lombar	1	3,1	0	-	1	3,1	2	6,2
VDRL + biopsia da lesão	0	-	0	-	1	3,1	1	3,1
LOCAL DO DIAGNÓSTICO	N	%	N	%	N	%	N	%
UBS	4	12,5	0	-	3	9,4	7	21,9
Acompanhamento regular	3	9,4	4	12,5	7	21,9	14	43,7
CTA	0	-	1	3,12	2	6,25	3	9,4
Internação	1	3,1	0	-	3	9,37	4	12,5
Serviço privado	1	3,1	1	3,12	0	-	2	6,2
Odontologista	0	-	0	-	1	3,12	1	3,1
Pré-natal	1	3,1	0	-	0	-	1	3,1
NEUROSSÍFILIS	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	10	31,2	5	15,6	13	40,6	28	87,5
Sim	0	-	1	3,1	3	9,4	4	12,5
TRATAMENTO	N	%	N	%	N	%	N	%
Penicilina Benzatina	10	31,2	6	18,7	13	40,6	29	90,6
Ceftriaxone	0	-	0	-	1	3,1	1	3,1
Penicilina Cristalina	0	-	0	-	2	6,2	2	6,2
CONVOCAÇÃO DAS PARCERIAS	N	%	N	%	N	%	N	%
Fixa								
Sim	7	21,9	2	6,25	5	15,6	14	43,7
Não	2	6,2	0	-	1	3,1	3	9,4
Casual								
Sim	0	-	0	-	0	-	0	-
Não	0	-	4	12,5	8	25,0	12	37,5
Sem contato sexual	1	3,1	0	-	2	6,2	3	9,4

Vislumbrando coletar uma variabilidade de narrativas com o objetivo de contemplar o máximo de possibilidades do fenômeno e, ainda, ter certeza de ter atingido o ponto de saturação de dados, como orientado por Bertaux (2010), foram entrevistados 32 homens de distintas idades, imersos em cenários e contextos de vidas diferenciados. A idade dos informantes variou entre 18 e 65 anos, com média de 35 anos, fazendo com que o estudo contemplasse homens da fase tardia da adolescência até a velhice.

Barata (2009) descreve que aspectos econômicos, sociais e políticos afetam a forma como as pessoas vivem, interferindo, assim, na distribuição de doenças. Por isso, alguns fatores sociais e econômicos foram identificados e descritos, a fim de possibilitar a análise dos dados do grupo de homens entrevistados. Quanto à cor, a maioria (71,8%) autotranscreveu-se como preta ou parda. Contudo, homens brancos também forneceram seus depoimentos (28,1%), o que se diferenciou dos dados nacionais, em que o maior número de indivíduos (homens e mulheres) notificados com sífilis eram brancos (BRASIL, 2017a).

No estudo há entrevistados que residem em todas as zonas da cidade do Rio de Janeiro, incluindo ainda a Baixada Fluminense, Região Serrana e a Costa Verde. No entanto, moradores da zona Norte da cidade tiveram maior representatividade (34,4%), provavelmente por ser a região em que se localiza o Hospital que foi cenário desta pesquisa, embora este receba indivíduos referenciados pelo Sistema de Regulação (SISREG) de toda a cidade do Rio de Janeiro.

Dentre os informantes, considerando os que conseguiram ingressar no ensino superior, 62,5% concluíram o ensino médio e 21,9%, o ensino superior. Quanto à renda individual, a maioria (46,9%) ganhava entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que 25,0% estavam desempregados no momento da entrevista e 34,4% eram autônomos, exercendo as seguintes atividades: motorista, figurinista, distribuidor de panfleto, cabelereiro, microempresário, pintor, higienizador de carros, feirante e garçom.

Os homens com emprego formal exerciam as seguintes atividades: analista de recursos humanos, estoquista, jovem aprendiz, enfermeiro, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, policial, técnico de enfermagem, decorador e técnico projetista. É interessante enfatizar que três entrevistados tinham formação na área da Saúde, ou seja, tiveram acesso a conteúdos acadêmicos quanto aos aspectos relacionados com a prevenção da sífilis e de infecções sexualmente transmissíveis e mesmo além de serem infectados, curiosamente os três tiveram quadro de reinfecção, demonstrando assim que nem sempre o conhecimento quanto à prática protegida resultará no cuidado devido, como já revelado por Oliveira (2009), ao entrevistar um grupo de adolescentes.

Algumas características sociais, tais como situação de riqueza e pobreza, ocupação, raça, gênero e condições do local de moradia, representam desigualdades sociais, o que remete à injustiça, ou seja, diferenças relacionadas a atributos sociais que colocam alguns grupos em desvantagens quanto à possibilidade de se manterem saudáveis (BARATA, 2009). A sífilis já foi atribuída a baixas condições sociais e econômicas (FESTA NETO; CUCÉ ; REIS, 2015; MELLO; SANTOS, 2015), contudo, esta pesquisa teve uma diversidade no que diz respeito a esses fatores, o que simboliza ser a infecção possível em qualquer população.

No que tange aos aspectos religiosos, boa parte dos homens referiram ter alguma religião (75,0%) e destes, 62,5% alegaram frequentar templos religiosos, mas foi observado que a maioria dos homens que os frequentavam (46,7%) eram espíritas e que todos os evangélicos que frequentaram a Igreja (26,7%) intitularam-se heterossexuais, mesmo os que mantiveram relação homoafetiva no passado. Dentre os 37,5% que alegaram ter religião com pouca ou nenhuma frequência aos templos religiosos, todos eram católicos ou evangélicos e destes, 77,8% têm/tiveram história de relação homoafetiva. Isso pode sinalizar que, mesmo acreditando nos padrões e valores relacionados à crença religiosa, esses homens podem não frequentar os grupos religiosos por se sentirem, de alguma forma, fora do padrão normativo estabelecido por estes.

A maioria dos entrevistados era composta por solteiros (65,6%) e 31,2% residiam junto aos seus parceiros, sendo que destes, 60,0% encontravam-se em união homoafetiva. A maioria dos homens não possuía filhos (75%) e os que eram pais, não tinham história de transmissão vertical para a prole, no entanto, dois entrevistados (6,2%) cujas parceiras estavam gestantes, um deles no momento do diagnóstico, e no outro caso, duas parceiras distintas engravidaram alguns meses após o seu tratamento medicamentoso. Aqui enfatizamos que este homem referido não retornou ao serviço para acompanhamento sorológico posterior ao tratamento.

Quanto à orientação sexual, 50% declararam-se homossexuais, 31,2% heterossexuais e 18,7% bissexuais, contudo, as auto classificações quanto à orientação sexual mostraram-se extremamente complexas, visto que houve casos de heterossexuais com história de relação com outro homem ou transexual, homossexual com história de relação com mulher ou travesti, assim como bissexual que referiu já ter se relacionado com transexual durante a vida.

Destacamos também que ao lançar o termo HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), o Ministério da Saúde teve por objetivo atingir o grupo homo ou bissexual que não se enquadrasse nesta categoria. Neste estudo, consideramos os HSH como qualquer homem que tenha referido manter relação com outro homem, independente de sua auto classificação

quanto à orientação sexual, como referenciado pela *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS, 2017).

Ao considerarmos que dos 32 homens da pesquisa, 18 (53,1%) já tiveram contato íntimo com mulheres ao longo da vida e ao pensarmos no principal problema levantado pela literatura científica, que é a dificuldade para o tratamento do parceiro das gestantes como um desafio (BRASIL,2017a), esse fato aumenta a possibilidade de reinfeção que, por sua vez, implica nas elevadas taxas de sífilis congênita. Por isso, não podemos nos restringir a ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas limitadas aos homens heterossexuais, pois, tanto os indivíduos bissexuais se relacionam com mulheres, como há possibilidade de os homossexuais também terem contato íntimo com estas em algum momento da vida, como foi o caso de um dos entrevistados.

Esta pesquisa ainda demonstrou a possibilidade de HSH relacionarem-se com outros homens socialmente considerados heterossexuais, o que foi referido no estudo em diversos momentos, como veremos a seguir na análise das narrativas. Consideramos ainda que ao menos três entrevistados mantiveram relação com homens, concomitantemente ao período de gestação das parceiras destes, sendo que uma destas teve sífilis gestacional confirmada, com comprometimento fetal.

Terto Jr. (1996), ao se referir à AIDS na população de Homens que fazem sexo com outros Homens, acredita que esta infecção afeta outros segmentos sociais, mas que este grupo merece uma atenção especial. E aqui, nesta pesquisa, pelo elevado número de homens com sífilis que revelaram ter tido contato sexual com outros homens em algum momento da vida (78,1%), estamos propondo para fins de verificação dessa informação, um quantitativo amostral maior, mas que para isso, primeiramente o Ministério da Saúde disponibilize, através do Boletim Epidemiológico da Sífilis (BRASIL, 2017a), lançado anualmente, a orientação sexual dos casos notificados, além de outros dados individualizados por sexo como a idade e cor, visto serem estas informações já contida na ficha de investigação/notificação.

Sugerimos ainda, cautelosamente, no sentido de não os colocarmos na posição de vilões, como já mencionado por Terto Jr.(1996) ao se referir à AIDS, que na assistência a saúde ao homem, uma atenção especial seja fornecida a estes, não com o intuito de relacionar a sífilis aos HSH, o que contribuiria para reforçar todo o preconceito e discriminação que já sofrem em seu meio social, mas com o intuito de possibilitar o seu diagnóstico e tratamento mais rápido.

O comportamento sexual dos entrevistados deixou-os vulneráveis à infecções, não apenas pela sífilis, pois foi observado que apenas 21,9% dos homens não teve outra IST,

enquanto os demais tiveram diagnósticos ao longo da vida de gonorreia, condiloma acuminato, herpes genital, cancro mole, hepatite B, citomegalovírus e HIV, sendo a co-infecção pelo HIV algo marcante entre os entrevistados, pois 65,6% tem sorologia reagente para o HIV e destes, 42,8% já tiveram pelo menos mais outra IST, o que caracteriza o exercício de práticas sexuais inseguras entre os entrevistados. Então, enfatiza-se aqui a importância de realizar a testagem para sífilis em todo indivíduo diagnosticado com qualquer IST (AZULAY, 2013).

Dentre os indivíduos vivendo com HIV, 52,4% já estavam infectados quando contraíram a sífilis e 14,3% contraíram o HIV depois de terem sido diagnosticados e tratados para sífilis o que, em ambos os casos, traduz a permanência do comportamento vulnerável ao contágio, mesmo após diagnóstico de uma IST, e 33,3% descobriram as duas infecções simultaneamente. Frisamos também que há algumas especificidade com relação à coinfeção sífilis-HIV, pois, em alguns casos, há maior possibilidade de evolução atípica destas infecções, além de alguns exames sorológicos na fase secundária estarem elevadíssimos pela estimulação do linfócito B, ou as titulações estarem permanentemente negativas, devido à falência imunológica ou ao efeito prozona (AZULAY, 2013; BRASIL, 2015a).

O retratamento precisa ocorrer quando há persistência ou recorrência de sinais clínicos, aumento de quatro vezes ou mais dos títulos do VDRL ou quando não houver diminuição de três a quatro diluições do VDRL, em relação ao exame inicial no período de um ano (AZULAY, 2013). Nesta pesquisa, foi observado que grande parte dos entrevistados apresentaram reinfecção por sífilis (40,6%), sendo esses casos mais comuns nos indivíduos com sorologia reagente para HIV (84,6%) e nos homens que declararam que, em algum momento na vida, tiveram relações com outros homens (92,3%).

Quanto ao local em que realizaram o diagnóstico, 43,7% o fizeram durante acompanhamento médico regular no Serviço de Imunologia (com exceção de um homem que teve seu diagnóstico neste serviço por solicitar avaliação médica de lesão oral), 21,9% na Unidade Básica de Saúde, 12,5% durante a internação, 9,4% no Centro de Testagem Anônima, 6,2% no serviço privado de saúde, 3,1% no odontologista e 3,1% no serviço de pré-natal da parceira.

Sabe-se que 40% dos casos sintomáticos não tratados vão progredir para a fase terciária, após o período de latência entre 3 e 10 anos (FESTA NETO; CUCÉ; REIS, 2015), fato que sinaliza a relevância de intervenções para detecção precoce da infecção, pois, neste estudo, os casos assintomáticos foram predominantes (59,4%) no momento do diagnóstico, o que requer estratégias diagnósticas que considerem esta possibilidade, principalmente pelo

hábito cultural do homem de não ir à Unidade de Saúde preventivamente (OLIVEIRA et al., 2015; SCHWARTZ; MOURA; LIMA, 2017) ou sem manifestar algum sintoma relacionado.

Sinalizamos aqui, a importância de investir na maximização da oferta de testagem diagnóstica para homens assintomáticos, criando algumas estratégias como a maior divulgação dos exames pré-nupciais, até mesmo em cartórios e templos religiosos, maior estímulo aos exames pré-concepcionais, a tentativa de atingir o homem, enquanto parceiro da mulher, através do exame de colpocitologia oncológico anual que, culturalmente, a mulher já inclui em sua rotina de vida, como também a utilização de outras estratégias como aproveitar a facilidade e agilidade do teste rápido para oferecê-lo nos locais de trabalho dos homens, como empresas ou indústrias, já que o trabalho é algo culturalmente importante para o homem (SCHWARTZ; MOURA; LIMA, 2017), sendo ele uma força produtiva. Imaginem quantos homens seriam submetidos à testagem diagnóstica numa empresa de taxi ou de ônibus, por exemplo?

Dentre os três entrevistados (9,4%) que foram diagnosticados na fase primária da sífilis, todos apresentavam lesão oral, possivelmente por esta se mostrar mais incômoda e de mais fácil percepção do que a genital que, no geral é indolor (BRASIL, 2015a). A neurosífilis foi diagnosticada em quatro entrevistados (12,5%), todos vivendo com HIV, mostrando que estes indivíduos podem estar mais susceptíveis a este dano (MARTINS; SOUTO, 2015). Enfatizamos que a neurosífilis pode se apresentar em outras fases da infecção e não exclusivamente no período terciário (BRASIL, 2015a).

Os métodos diagnósticos utilizados foram o teste treponêmico (65,6%), o teste não treponêmico representado pelo VDRL (84,3%), a análise do líquido cefalorraquidiano (34,3%) através da punção lombar, incluindo ainda entre as técnicas diagnósticas, uma biópsia da lesão oral (3,1%).

A penicilina benzatina foi a droga mais utilizada para o tratamento (90,6%), sendo que o ceftriaxone (3,1%) e a penicilina cristalina (6,2%) também foram utilizadas. Ainda no que tange ao tratamento, dois entrevistados (6,2%) relataram auto-medicação. Em sete casos (23,3%), foi observado que o tratamento foi distinto do preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), contudo, observou-se também que alguns quadros clínicos relacionados à sífilis secundária e outros à fase primária, como os de lesões orais, foram tratados com dosagem preconizada para sífilis latente tardia, possivelmente pela dificuldade de determinar exatamente a fase clínica da infecção, por parte dos profissionais.

Indica-se que o tratamento incluía a convocação das parcerias sexuais (BRASIL, 2015a), ação válida pelo risco de reinfecção do caso fonte e por vislumbrar, ainda,

interromper a cadeia de transmissão na sociedade. Contudo, essa etapa do tratamento mostrou-se bastante ineficaz dentre os entrevistados, visto que em 56,3% dos casos, as parcerias sexuais não foram convocadas. Uma das dificuldades certamente enfrentada para essas convocações, foram as instabilidades das relações, pois, a maior parte dos entrevistados mantinham-se em relações casuais. Isso, associado à vergonha de revelar o diagnóstico às parceiras que não são da confiança do homem e ao receio de ser posteriormente exposto, são situações que dificultam o acesso das parcerias sexuais e que, por isso, precisam ser discutidas e enfrentadas para que ações mais eficazes sejam implementadas neste sentido.

5.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

5.2.1 – Primeira Categoria Analítica

O exercício da sexualidade e suas implicações na saúde dos homens

5.2.1.1- Primeira Subcategoria Analítica

Fatores sociais e culturais que influenciam no exercício da sexualidade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), assim como outras políticas que atendem os homens, propõem um cuidado integral em saúde na perspectiva de considerar os diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos dessa população, sendo a saúde sexual uma das áreas prioritárias de atenção a esse público. O modelo biomédico com foco biológico em detrimento das demandas sociais e psicológicas, é tido como obstáculo para atingir a integralidade (MATTOS, 2001) e, nesse sentido, sabe-se que o exercício da sexualidade é influenciado por questões culturais e sociais (FOUCAULT, 1988; STEARNS, 2010). Considera-se aqui a compreensão de sua vivência, incluindo suas práticas e papéis como fundamentais para desvendar o fenômeno da sífilis nos homens e auxiliar no seu combate.

Para Leininger e McFarland (2015), os fatores sociais e culturais influenciam na saúde e no bem-estar; precisam ser compreendidos por auxiliarem na visão holística ou total dos indivíduos por englobarem tecnologia, laços sociais, espiritualidade, educação, economia, política, valores e crenças com suas diferenças de gênero e classe. A proposta desta subcategoria é discutir alguns fatores relacionados ao exercício da sexualidade e suas implicações no contágio e prevenção da sífilis.

A análise das narrativas demonstrou que a sexualidade dos homens é influenciada pela pressão social e cultural que o homem sofre para comprovar sua heterossexualidade, em que o

exercício sexual é tido como um atributo da masculinidade e virilidade (NOLASCO,1995), conforme consta nas falas de H13 e H14:

Fora isso, eu nunca tinha transado com ninguém, eu era o virgem da turma. (H13, 49 anos)

Da pressão dos seus colegas adolescentes, que acham que o que a gente tem que fazer é transar para poder mostrar que é homem, né!?! (H14, 29 anos)

A masculinidade, além de associada à virilidade, também relaciona-se aos comportamentos agressivos e ao poder (PEREIRA, 2017):

Então, quando eu morava lá na comunidade com a minha mãe, os meus colegas achavam que tinha que transar! Todo adolescente tem várias pressões que sofre pelo meio para mostrar que é homem de acordo com a sociedade que ele vive, acha que é, né!?! Na comunidade para você mostrar que é homem você precisa fumar maconha, usar uma cocaína, transar, bater. Essas são as situações para você mostrar que você é homem.[...] E a minha de adolescente era essa: Tem que bater nos seus colegas! Se seus colegas gritarem mais do que você, você vai ter que meter um socão nele, para você mostrar que você tem mais força! (H14, 29 anos)

A maior parte dos agravos em saúde dos homens relacionam-se à forma como são socializados para o desempenho da masculinidade (SCHWARZ; MOURA; LIMA, 2017). Esses padrões que são expostos aos meninos desde o nascimento, contribuem negativamente para sua condição de saúde, além de caracterizar o perfil de sua morbimortalidade, apresentado pelos altos índices de óbitos por causas externas entre a população masculina (BRASIL,2018a).

Na sociedade há uma vigilância em torno da orientação sexual dos meninos e quando estes não apresentam o comportamento de força física e violência, passando a demonstrar ternura ou dor, tem sua heterossexualidade posta em dúvida (NOLASCO, 1995; GUIZZO, 2013), o que também é percebido na narrativa de H14:

Se você não solta pipa, não joga bola de gude, não faz isso, você já não é homem, porque os meninos da época fazem isso, e você tem que ser inserido nessa sociedade! Se você já está na puberdade, e já tem ejaculação, você tem que transar com uma menina, porque senão você é viadinho. Então nessas situações, seus amigos, e os amigos que tem um poder de persuasão maior que o seu, começa a utilizá-los para poder te pressionar a fazer situações, que você acha [...] que por mais que você pense que não está no momento para ser feito, você acaba fazendo. Por quê? Porque se você não fizer, você vai ser mais um igual a outras pessoas que você via na sua adolescência passando na rua: - Olha lá! O viadinho! Ele não come mulher! Olha lá! (H14, 29 anos)

Esta narrativa demonstra que não há clareza por parte do homem quanto às identidades e orientações relacionadas ao gênero e à sexualidade. A identidade de gênero está relacionada com a percepção do indivíduo quanto a si, que pode ou não corresponder ao sexo anatômico ao nascimento; já a orientação sexual, refere-se à atração no campo emocional, afetivo e sexual pelo indivíduo que pode ser de gênero igual, oposto ou por ambos os gêneros (UNAIDS, 2017).

Ser heterossexual, homossexual ou bissexual não se resume à orientação pelo tipo de parceria sexual, estando em maior parte associada à esfera mais subjetiva, que se volta à atração, desejo e sentimento, que poderá ou não culminar no contato sexual. Muito menos relaciona-se ao comportamento mais ou menos violento/dócil ou agressivo/frágil que o indivíduo pode apresentar.

As narrativas também evidenciaram que, culturalmente, o homem é estimulado a ter uma multiplicidade de parceiras e a ter um bom desempenho sexual, como forma de comprovar a sua virilidade, que é tida como atributo mais acentuado da masculinidade (GOMES, 2008):

O homem, hoje em dia quer ser o Dom Juan! No caso, quer pegar uma mulher aqui, quer pegar uma mulher ali. Gosta de ficar com uma, gosta de ficar com outra. (H24, 38 anos)

Porque as pessoas tem muito orgulho. Eu digo isso porque converso entre amigos, até mesmo amigos heteros. Outro dia a gente estava conversando sobre isso. Até desculpa de até a vulgaridade de falar assim, mas a gente conversa muito entre nós: Eu já dei duas dentro e tal! Ah! Tá! Eu já dei 3 e meia dentro sem tirar em minutos! Aí ele ficou assim: Nossa! Tú é o cara! (H27, 35 anos)

Um dos entrevistados alega que, embora nunca tenha revelado seus relacionamentos extraconjugais à sua esposa, afirma que a fidelidade é algo incompatível ao “mundo masculino”:

Ah! Sim! Eu não vou falar [...] lógico, né!? Ela não é burra, né!? Ela desconfia e tal! Mas não existe réu confesso, né!? Mas ela sabe [...] eu procuro compensar de outra forma, ser amável, ser carinhoso, ser companheiro. Eu procuro dar tudo que uma mulher espera, mas a monogamia, essa utopia que carrega na cabeça feminina, infelizmente é uma utopia, não existe! (H22, 40 anos)

Um estudo realizado em Fortaleza com parturientes diagnosticadas com sífilis, identificou que grande parte tinha ciência de relacionamentos extraconjugais por parte de seus parceiros sexuais (CAMPOS et al., 2012), o que demonstra que a multiplicidade de parceiras está atrelada à masculinidade pela constante cobrança da comprovação da virilidade a que os

homens estão expostos, sendo identificada pelas mulheres e acaba por fazer parte da vida dos casais.

Neste contexto de imposições e cobranças sociais e culturais direcionadas ao homem, concordamos com Guizzo (2013, p.41) quando afirma que:

Problematizar e estranhar as formas de lidar com as crianças, especialmente no que se refere às questões de gênero, talvez se apresente como um começo para que essas questões passem a ser tratadas de forma um pouco diferente e menos preconceituosas.

O cuidado de enfermagem considera o indivíduo nas suas dimensões históricas, sociais e culturais, com autonomia para conduzir sua vida, assim como as ações de saúde (BRASIL, 2018b). Por isso, torna-se relevante considerar a dimensão da estrutura social e cultural em que o indivíduo está imerso, necessitando de abordagens criativas e diferentes para prestar o cuidado. Nesta visão, uma das ações consideradas é a repadronização / reestruturação do cuidado cultural, que objetiva a capacitação da pessoa para reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida, suas práticas ou padrões de cuidado à saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

Nesse cenário, identificamos como fundamental a atuação do enfermeiro, seja durante consultas individuais, visitas domiciliares ou em outros contextos em que tenha contato com os homens, sensibilizando-os para identificar essas pressões externas a que estão submetidos, para que possam ter condutas e comportamentos mais assertivos durante a vida que considerem, inclusive, suas vontades, ao invés do que lhes é culturalmente apresentado e imposto como comportamento padrão. Mudanças positivas com familiares, por exemplo, podem ser realizadas durante o atendimento nas consultas de enfermagem na Puericultura, junto com os demais profissionais de saúde.

Os homens iniciam precocemente a sua vida sexual (SILVA et al., 2015), contudo, uma das narrativas demonstra que a cobrança para a inserção na vida sexual, como comprovação da virilidade, não é acompanhada simultaneamente por informações e orientações adequadas na área da sexualidade, principalmente nos homens de mais idade:

[...] eles falaram assim, que eu negava fogo para a mulher, aí eu escutei: -O rapaz!! Quem manda na minha vida sexual sou eu! Eu não sou bicho! Eu me preservo! Eu me amo! E para mim me amar eu tenho que ter muito cuidado! Mas eu nem sabia esse negócio de doença nem nada! Eu era muito inocente! Muito inocente mesmo! (H30, 65 anos)

Percebemos com esta fala, que a cultura impõe normas e, mesmo sem querer iniciar a vida sexual, este homem sentia-se pressionado. Os homens precisam demonstrar a sua superioridade e heterossexualidade à sociedade para não serem taxados como afeminados. Historicamente, é atribuída ao homem a representação de força, coragem e, principalmente, distanciamento de papéis atrelados ao universo feminino. Então, desde a infância, os meninos são socializados para atender a perspectiva social e, na área da sexualidade, precisam se mostrar seguros e frequentemente dispostos a manter relações sexuais (HEILBORN, 1999).

A cultura refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos entre os grupos sociais, que terminam por guiar decisões, pensamentos e ações. Com isso, a enfermagem transcultural vai além de adquirir o conhecimento, visto que se utiliza desta prática para implementar os cuidados culturalmente congruentes (LEININGER; McFARLAND, 2015).

Valores enraizados culturalmente, assimilados e aceitos socialmente, podem implicar em sofrimentos e, especificamente quanto às determinações impostas para a atividade sexual masculina, resultam em violação do direito sexual no sentido de não considerar as suas perspectivas individuais e o seu direito de escolha.

Nessa perspectiva, o conceito de repadronização indicado por Leininger e McFarland (2015), encaixa-se como forma de trabalhar socialmente as diversas possibilidades para a vivência das masculinidades e o exercício da sexualidade. Sensibilizar a sociedade para que os homens não sejam quase que “obrigados” a iniciar precocemente uma atividade sexual, ter o direito de recusar uma oferta de sexo ou até mesmo poder optar por estar numa relação monogâmica, é papel do enfermeiro, uma vez que a orientação sexual não deve ser colocada em dúvida em virtude dessas escolhas.

Enfatiza-se ainda que “ser homem” não é sinônimo de “ser heterossexual” (KIMMEL, 1998). Tanto assim que Connell (2013), ao descrever as diversas possibilidades para as masculinidades, abre outras vertentes para a masculinidade, inclusive para homens no contexto de relações homoafetivas. Acredita-se que a homossexualidade também deva ser colocada no plural, “homossexualidades”, abrangendo assim as distinções entre as práticas sexuais (BRASIL, 2002c).

Questões emocionais fizeram-se presentes nos discursos dos entrevistados, muitas vezes aparecendo como medida compensatória para o desconto com frustrações e descontentamentos em relações sexuais de forma compulsiva e descontrolada:

Por um momento eu percebi que eu descontava as minhas questões psicológicas no sexo. Quando eu estava mal de cabeça eu queria fazer sexo com qualquer um, de qualquer forma, só para satisfazer esse falso prazer de felicidade quando a gente chega ao orgasmo [...] Já cheguei a transar muitas vezes sem vontade... Sem apetite sexual...Transar só para parecer que [...] E a minha necessidade sempre foi tanta que se eu não conseguisse manter a relação sexual com alguém, eu me masturbava, e aí às vezes eu estava realmente sem vontade mas aí eu forçava, até o ponto de conseguir assim, independente de criar ferida... Era uma compulsão mesmo. (**H4**, 33 anos)

Então o que eu tenho para falar da minha vida sexual é que ela sempre foi bem ativa, eu tenho TOC, [...] E o meu TOC, isso é uma coisa que eu não falo abertamente, é a conferência, é o desejo sexual! Eu me lembro que eu me masturbava 50 vezes ao dia e continuava excitado, eu não sabia se aquilo era normal, sabe!? (**H27**, 35 anos)

Virou um descontrole em mim, eu vivi assim, querendo fazer sexo desenfreado, acho que foi uma coisa que gerou eu ser assim descontrolado para o lado de sexo!(**H32**, 48 anos)

Apoiar esses homens é imprescindível para garantir-lhes um equilíbrio emocional. Uma assistência interdisciplinar pode ser necessária, cabendo aos profissionais da saúde mental dar suporte no atendimento individual, visto que atender o conceito de integralidade requer o exercício do trabalho em equipe (ARAÚJO, 2007). Entender a demanda emocional desses homens e suas repercussões no exercício da sexualidade, requer que conversemos com eles sobre a temática, quebrando tabus e ouvindo as suas demandas, para que possam ser atendidos em suas necessidades.

A multiplicidade de parceiros também apareceu nas narrativas e, na maioria dos relatos, os homens demonstraram a consciência de ser este um fator que os tornariam mais vulneráveis ao contágio das IST, como já descrito anteriormente (REPISO et. al., 2010; ARAGÃO et al., 2016; OMS, 2016):

Eu lembro uma vez que, não foi uma vez, foram algumas vezes de eu ir para um motel com 3 pessoas diferentes, de manhã, de tarde, e de noite, e eu continuava excitado! Foi muito difícil! Foi muito difícil! E isso paralelo ao medo de me contaminar com alguma doença, porque eu tinha uma necessidade sexual absurda! Olha! Foi difícil demais! Foi difícil demais! (**H27**, 35 anos)

Esse “descontrole”, também referido por outros entrevistados, representado aqui pelo exercício da sexualidade atrelado às questões emocionais, foram refletidos e associados à angústia e sofrimento e, em alguns momentos, à perturbações, conforme falas de **H4** e **H27**:

Não sei se você já viu o filme *ninfomaníaca*?[...] Quando eu vi o filme, chorei muito porque eu entendi que poderia ter essa doença, e o filme narra justamente isso. (H4, 33 anos)

Comecei a perceber que ficava angustiado com muitas coisas que eu achava que eram coisas minhas, mas que na verdade era do TOC. A conferência em si nunca me fez sofrer, mas a parte sexual sim! Eu sempre fui aquele cara que na cama: -Nossa! No sexo consegue gozar 7,8, 9, 10 vezes! As pessoas ficavam maravilhadas... Até é um pouco de machismo isso, né!? Mas isso me fazia sofrer bastante. Porque eu lembro que tinha épocas que eu precisava ir para o banheiro me masturbar, era uma necessidade, eu precisava fazer aquilo[...] As pessoas se alegram um pouco nessa coisa de sexualidade, a pessoa que tem muita disposição, a pessoa que é assim, que é assado. Para mim isso sempre foi uma coisa ruim. Eu via as pessoas vivendo, e eu não conseguia ter uma vida saudável, né!? Porque não é nada saudável você parar no meio do trabalho, ir no banheiro e ter que se masturbar! Foi difícil uma época! (H27, 35 anos)

A fala acima sinaliza a perspectiva e imposição social que norteiam o universo masculino, em que a virilidade apresenta-se como o maior atributo da masculinidade (GOMES, 2008) sendo percebida, mesmo em meio ao sofrimento, pelos pares que vangloriam esse homem desejoso de sexo, o que para ele não representa uma virtude, e sim um sofrimento.

A assistência em saúde sexual não se restringe ao simples aconselhamento e assistência relativa às infecções sexualmente transmissíveis, mas tem por finalidade a intensificação das relações vitais e pessoais (ONU,1994). Sendo assim, auxiliar esses indivíduos a problematizarem o exercício da sexualidade de forma mais assertiva, saudável e prazerosa, pode ser um dos propósitos das ações em saúde.

As narrativas dos sujeitos permitiram a identificação de relações sexuais pouco reflexivas, atreladas a descontrole e sofrimento na esfera emocional. E o enfermeiro, ao planejar a assistência em saúde aos homens, deve estar atento a esta necessidade por eles apresentada, para que possa planejar suas ações considerando a repadronização do cuidado, sugerida por Madeleine Leininger e McFarland (2015).

A aplicação do prefixo “re” na palavra ‘padronizar’, significa a possibilidade de refazer os padrões relacionados ao exercício da sexualidade por esses homens, refletindo e problematizando suas ações, sugerindo outras formas de viver suas vidas sexuais, visando proporcionar maior bem-estar, vislumbrando diminuir as chances de contágio pela sífilis e outras IST, pois, a multiplicidade de parceiros é tida como um fator predisponente a este dano (MEDEIROS, 2008; REPISO et al., 2010).

Sabe-se que profissionais isolados, ou categorias inteiras de profissionais de uma área, encontram-se limitados para dar conta das demandas apresentadas pelos sujeitos. (CAMARGO JR, 2007). Acredita-se, então, que ações interdisciplinares com profissionais da área da saúde mental, poderão enriquecer a assistência à saúde sexual dessa população.

As relações de afeto apareceram tanto nas relações casuais, quanto nas “mais sérias”, numa perspectiva às vezes de descoberta de sentimentos na juventude, imersa em imaturidade para lidar com o turbilhão de emoções, conforme é descrito nas falas abaixo:

Então ao mesmo tempo que esse rapaz ele me viu, [...] , ele viu um garotinho, uma bichinha, que ele poderia ter qualquer negócio, ele me despertou uma afeto. Porque eu entrei no elevador, e eu chorava, porque eu pensei:- Eu nunca mais vou ver aquela pessoa! É como se eu tivesse apaixonado! [...] Então tem essa coisa assim, eu acho que tem ao mesmo tempo um sentimento de muita solidão, e essa eterna busca de um lugar. Então eu vou para a rua atrás de alguém, e isso é muito solitário esse negócio! E eu não conhecia, entendeu!? Era eu sozinho, descobrindo aquelas pessoas! (H5, 54 anos)

Quando você é adolescente, acho que você não tem maturidade para poder entender as situações e o quanto determinadas situações podem prejudicar a sua vida no futuro, no meu caso, eu não tive. Posso ter tido prejuízos psicológicos, porque você ter relações sexuais pode levar você a gostar das pessoas, e no meu caso, por eu ter tido relação sexual com homens, que já não é uma coisa fácil de ser aceita, e para piorar homens mais velhos [...] Para você, se envolver com pessoas mais velhas são pessoas que tem uma maturidade emocional, geralmente, não todas, mas a maioria ela tem uma maturidade emocional já um pouco formada. [...] Principalmente esses homens que já estão acostumados a sair com adolescentes para eles é muito claro que eles vão sair, eles vão transar e que depois cada um para o seu canto, bola para frente e não estão nem aí. No caso do adolescente não! Ele por não ter a maturidade[...] Eu na época achava que poderia transar e daqui a pouco estaríamos juntos, e poderíamos estar juntos, algo mais, depois casar e enfim, morar juntos. (H14, 29 anos)

A visão mais ampliada da assistência em saúde sexual descreve que esta tem por objetivo o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, e não meramente a assistência social e o atendimento relativo às IST (ONU,1995). Auxiliar esses homens, principalmente na adolescência e na juventude, momento turbulento de busca pela identidade adulta, marcada por momentos de incertezas, indefinições e insegurança (PACHECO, 2008), deverá fazer parte do cuidado. Neste cenário, existe um déficit quanto à informação sexual e as transformações que estão ocorrendo em seus corpos, que os tornam mais suscetíveis a infecções provenientes das relações sexuais (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

Auxiliar esses jovens a lidar com seu corpo em transformação e com suas emoções, poderá favorecer o exercício da sexualidade saudável e prazerosa por toda a vida. Na prática,

tanto ações individuais em consultas, como ações coletivas através de grupos realizados em locais em que os jovens estejam inseridos, como bailes e festas, podem ser desenvolvidas sob a forma de atividades itinerantes. Neste cenário, a escola é tida aqui como um campo privilegiado, principalmente por ser um local que concentra jovens de distintas classes sociais, econômicas e culturais, destarte favorecendo as ações com grupos de adolescentes, o que poderia motivar a sua participação.

Neste âmbito, o Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007b), tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica, através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O Programa objetiva, ainda, promover a comunicação escola-Unidade de Saúde, tendo como uma de suas ações a promoção da saúde sexual e reprodutiva podendo, assim, favorecer essa parceria (educação-saúde) em prol da promoção à saúde sexual dos jovens.

O PSE tem como uma das suas linhas de ação, a educação para a saúde sexual e prevenção das IST/AIDS; considera ainda que nas atividades de promoção à saúde nas escolas, seja preciso ter como ponto de partida “o que sabem” e o que os educandos, os professores e os demais funcionários “podem fazer” para estimular o empoderamento dos jovens (BRASIL, 2011b).

Ao considerar que a enfermagem tenha um papel fundamental na saúde dos adolescentes, inúmeras ações podem ser trabalhadas, não apenas como repasse de informação, mas com a participação ativa dos jovens neste processo, construindo conhecimento crítico com relação à sua saúde, favorecendo seu empoderamento para o cuidado, incluindo a prevenção de IST e gravidez indesejada (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

A sexualidade é manifestada através da exploração do corpo e da busca pelo prazer, estando presente na vida humana desde o nascimento. A relação das crianças com o prazer manifesta-se de forma diferente daquela do adulto. As regiões do corpo são exploradas, em meio à curiosidade e sensação de prazer que produzem, o sexo pode aparecer nas suas brincadeiras de faz de conta, não sendo necessário que a criança tenha presenciado cenas de sexo ou a sua representação nos meios de comunicação, para que se envolvam em exploração ou jogos sexuais (BRASIL, 1998a).

Não é apenas o homem homo ou bissexual que descobre o corpo e o explora em busca de prazer; contudo, neste estudo, foram os homens que assumidamente relacionam-se com outros homens, que contribuíram na descrição desse jogo de descobertas, revelando práticas sexuais diversificadas, relacionadas à curiosidade ou brincadeiras que começaram na infância e juventude, e se estendem pela vida:

Minha vida sexual foi iniciada muito jovem, mas foi com outra criança! [...] A primeira coisa associada a sexo que eu lembro foi com 6 anos que eu estava vendo uma série, e brincando de médico com um menino que tinha 4 anos, e quando minha mãe viu aquilo, ela arrancou o portão da varanda e me bateu com o portão! Aquilo me deu uma curiosidade tremenda. Alguns anos depois ele descobriu revista pornô da mãe dele e do pai dele, e a gente foi vendo, e a gente criança, a gente copiava o que via na revista entendeu!? Nada demais! A gente nem fazia sexo, brincava de dá cú! Era a brincadeira que a gente fazia! (H15, 45 anos)

A gente começou brincando de sarrar, de sacanagem, e aí quando eu vi a calça arriou, aí foi... Primeiro era só uma brincadeira, depois a brincadeira, de calça arriada. (H21, 50 anos)

Eu tive uma iniciação sexual muito precoce, eu comecei a ter relação sexual anal com 12 anos [...] E acho que eu também na minha vida inteira eu sempre me coloquei desafios de explorar o máximo que eu podia sexualmente. Eu já transei com um casal, e tinha feito dupla penetração, e consegui, [...] Eu não vejo como aberração, mas como um sexo mais intenso. Eu sempre fui explorando essas questões sexuais de transar com dois, transar com três, transar com cinco, saber como era a sensação de ter muitas pessoas te tocando[...] Sempre foi uma questão assim para mim assim, de quase um trabalho antropológico, para mim, de saber como era o resultado disso e me satisfazer, assim, tipo: -Ah! Entendi! Ah! Gostei! Posso repetir! É esse caminho que eu quero[...] E a gente foi para casa, e eu tinha pedido para ele fazer *Fistfucking*, que é a introdução da mão no ânus[...]. (H4, 33 anos)

O cuidado é um fenômeno com característica tanto abstrata quanto concreta, que está relacionado com assistência, apoio ou conduta para com os outros, que refletem necessidades para melhoria do estado de saúde das pessoas ou no seu estilo de vida. Outro modo de cuidado proposto pela Teoria de Leininger, além da repadronização, é a preservação / manutenção do cuidado cultural, em que a ação do profissional tem como foco central manter as crenças e valores benéficos ao cuidado, apoiando o outro para conhecer e desempenhar suas capacidades de preservar a saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Na área da saúde sexual, empoderar esses homens para que exerçam a sexualidade de forma saudável, responsável e prazerosa, inclui a proteção contra a sífilis e outras IST. Mas, como auxiliar o empoderamento de indivíduos em área que os próprios profissionais têm dificuldade de abordar?

Foucault (1988, p.15) alerta que “falar de sexo livremente e aceitá-lo em sua realidade é tão estranho à linguagem direta de toda uma história”; ou seja, enquanto pessoa, o profissional está inserido em uma sociedade que não fala de “sexo” abertamente porque o assunto é nortado por tabus e constrangimentos. Considerando a parceria escola-saúde, percebe-se que os próprios profissionais da educação, assim como os da saúde, terão

dificuldades para atuar nesta área, visto que é como se a sexualidade não estivesse dentro das escolas (LOURO, 2011).

O enfermeiro é considerado uma peça fundamental na promoção da educação sexual, pois, a dimensão educativa é indissociável de suas práticas (JARDIM;SANTOS, 2012). Neste sentido, no que tange à enfermagem, Pereira (1999, p.17) desafia esses profissionais a incluir a sexualidade na pauta de seus debates e ações, ao descrever que “a sexualidade está para a vida humana como a água está para o mar, por isso não podemos deixar de discutir, repensar e transformar a prática profissional em relação a este tema, reconhecendo sua história e formas de expressão”.

Para realizar a educação sexual, os profissionais de enfermagem precisam problematizar a temática, identificando a sexualidade como algo comum e indispensável à vida humana, que está presente desde a infância. Albino (2008) considera que a parceria família-saúde-educação seja uma alternativa para buscar a forma de orientar e educar sexualmente os adolescentes. Junto às famílias, os setores educação e saúde poderão realizar ações em cada área, especificamente e em conjunto, para favorecer o empoderamento dos indivíduos desde a infância, na condução de sua vida sexual de forma saudável e segura.

Apoiar as famílias e problematizar o assunto com elas, torna-se fundamental para que possam sentir segurança ao debater a temática com as crianças e jovens, respeitando a fase evolutiva da vida em que cada um desses se encontra, visto que a intenção não é contribuir com isso para a erotização infantil, algo que temos que ter atenção e que ocorre cotidianamente, principalmente nas publicidades ao ter as crianças como consumidores potenciais de produtos (FELIPE; GUIZZO, 2003; FLORES et al., 2011). É preciso promover espaço para reflexões e orientações no sentido de estabelecer uma rede de apoio para um exercício da sexualidade menos danoso e mais prazeroso, inclusive dando subsídios e apoio no combate tanto à erotização das crianças quanto à pedofilia.

Pensando em educação sexual, com especificidade para o enfermeiro, este na consulta de puericultura pode iniciar retratando a sexualidade no cotidiano da criança onde, por exemplo, a fase oral pode ser refletida e debatida no consultório com os pais, dando sequência às demais fases que a criança irá percorrer ao longo de sua vida, assim favorecendo a sua reflexão e debate sem maiores tabus e inseguranças. Desta forma, naturalmente, o enfermeiro poderá orientar os pais para a prestação de um cuidado que envolva o desenvolvimento saudável da criança.

Foucault (1988) descreve a sexualidade como um dispositivo de poder centrado no “sistema da aliança”, traduzindo as relações matrimônios monogâmicas e heterossexuais

como regra, além de outros códigos de conduta, como procurar “prazeres estranhos” por relações homossexuais, tidos como infrações que mereçam condenação. Contudo, as práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, são descritas durante a história da humanidade e nem sempre tidas como transgressões (STEARNS, 2010).

Até hoje percebe-se que as relações culturais de poder na área da sexualidade, têm no padrão heteronormativo uma regra de conduta, sendo as relações homoafetivas recriminadas (NOLASCO,1995; FURLANI, 2005), o que foi traduzido nas narrativas como um fator que desfavoreceu o exercício sexual saudável, provocando dúvidas e sofrimentos, acrescido da tentativa de fuga dos desejos e vontades, como é percebido na fala de H14:

Nesse sentido, que eu acho que mexe um pouco mais com o psicológico, porque até então eu saía com as pessoas e não encontrava muito com elas, e esse cara eu saí com ele e a gente continuava se vendo, a gente continuava se encontrando, a gente participava de encontros juntos, [...] era uma pessoa que sexualmente a sua orientação e sua mente não era formada para o homossexualismo, então, acho que foi algo pior, porque era novo para mim, não foi o primeiro que saí, mas era algo novo! E para ele era algo mais novo ainda.[...] Quando a gente tinha a questão das carícias e tudo mais e no dia seguinte, ele não falava comigo, ficava emburrado, ou me tratava grosseiramente, é porque para ele, tinha a situação de ser pecado, por ele estar saindo com um homem, além dele ser casado, além dele ter filhos e estar saindo com um homem, para ele era abominável, então ele tentava ser grosseiro para ver se me afastava. (H14, 29 anos)

Natividade (2005) havia descrito que nas primeiras experiências sexuais, os homossexuais sinalizam uma percepção negativa de si e alguns travam uma batalha espiritual para vencer as tentações. Estas questões podem ter contribuído para que o parceiro do décimo quarto entrevistado tivesse essas reações de afastamento e desejo de aproximação, caracterizadas pela tentativa de lutar contra um desejo real, em virtude de valores sociais e religiosos que normatizam a heterossexualidade.

Os direitos sexuais envolvem a garantia ao indivíduo de expressar livremente sua sexualidade sem violência, discriminações e imposições (BRASIL,2010a). Petchesky (1999), na descrição de uma visão afirmativa dos direitos sexuais, considera a saúde como um de seus princípios, fazendo com que se torne importante capacitar esses homens no sentido de reconhecerem seus sentimentos e vontades, para que se empoderem na condução da sua vida sexual. Além disso, sensibilizar as comunidades e famílias quanto à importância de respeitar as diversidades e escolhas individuais favorecerá, assim, o processo de inclusão social desses homens que fogem à norma e que, muitas vezes, são marginalizados, tanto por suas famílias quanto pela sociedade.

Quanto às relações afetivo-sexuais descritas pelos entrevistados, apareceram num contexto de serem “estáveis” ou casuais. Contudo, a interpretação dessas relações é de difícil padronização no que tange à duração, afetividade e práticas sexuais, conforme veremos nas falas abaixo:

Eu comecei a sair com uma pessoa, que era um amigo de sexo, assim tipo: - Ah! Tipo! Você mora aqui na minha rua, eu estou com vontade de transar e você também [...] foi uma relação conturbada, eu não entendia que a gente era namorado, eu entendi que a gente só transava. E ele já começou numa questão de ser namorado[...] E eu acho que não estava pronto para aquilo naquela hora, justamente por isso, para ter essa liberdade de poder transar com outras pessoas. (H4, 33 anos) (grifo da pesquisadora)

Depois de um tempo, na própria igreja tinha um cara que eu acabei me relacionando, ele era casado, a gente ficava saindo, mas não tinha penetração, a gente saía sem ter, inicialmente, né! (H14, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

Por isso, ao tentar compreender o contexto dos relacionamentos masculinos, deve-se ouvir atentamente os homens, sem padrões pessoais que estabeleçam a origem de suas relações, se tem “parceria fixa” ou não e, principalmente, o seu tipo de parceiro; deve-se buscar entender como a sexualidade é exercida individualmente para traçar orientações específicas. Assim, ao ouvir de um homem que se diz homossexual, o profissional poderá orientá-lo quanto às práticas preventivas considerando um outro corpo masculino. Contudo, as narrativas sugerem que, para orientar, é necessário ouvir com atenção, o que pode trazer surpresas e reflexões quanto às práticas educativas.

Precisamos reconhecer que vivemos em uma sociedade plural, em que várias culturas interagem podendo-se, assim, pensar em sexo a partir de diversos pontos de vista (BRASIL, 2002c). Exemplo é dado quando um dos entrevistados, que se diz homossexual assumido, descreve com riqueza de detalhes sua única experiência sexual com o sexo feminino, ironizando ainda com a frase “Você me perguntou se tenho filhos? Se eu tiver foi oriundo dessa única vez” (H15, 45 anos):

A experiência que eu tive com uma mulher eu estava trabalhando de trocador de ônibus. Tinha um cobrador que eu achava interessante, muito bonito, eu me atraía por ele[...] E um dia apareceram 3 meninas de São Paulo [...] e chegaram aqui, conheceram ele, e falaram que não tinham onde morar e trocariam um pernoite na casa dele por sexo, e aí ele me chamou! Só que quando ele me chamou, ele começou a falar que eu não ia topar para todo mundo, e aí um outro amigo meu veio falar comigo: -Está rolando uma aposta que o {Fala o nome do colega de trabalho} vai levar 3 garotas para casa dele, ele vai comer as meninas e você não vai porque você é viado! Aí eu falei assim: -O que ele está apostando? -Ah! Está apostando de tudo! Lanche! Coca-cola, cerveja[...] Resultado: terminou o expediente, nós fomos

juntos para a casa desse meu amigo, [...] Olhando ele fazer sexo com a menina, me excitei! [...] Eu me excitei, e a menina que estava ao meu lado se excitou também, [...] Foi coisa de sexo pela primeira vez mesmo, porque fizemos sexo. Eu não usei preservativo, por isso que eu brinco que talvez eu tenha um filho, porque foi a única vez que eu fiz sexo com mulher! (H15, 45 anos)

A narrativa retratada reafirma a importância da orientação, independente da orientação sexual, pois o profissional não pode se restringir a uma única condição e informar ao sujeito as formas de contágio, as formas de prevenção específica considerando, inclusive, a possibilidade de um homossexual fazer sexo vaginal ou ter relação oral com uma mulher, assim como o contrário, no caso do homem heterossexual, principalmente por considerar que por padrões culturais, muitos possam ter dificuldade de confessar uma relação com outro homem.

Nesta perspectiva, respeitando a vontade e o desejo da escolha pelo tipo de parceiro, o enfermeiro deve ajudar os homens a exercerem a sexualidade de forma livre e informada, assim protegendo-os contra a sífilis e outras IST.

Enfatizamos que a sexualidade pode se manifestar de diversas formas, sendo importante ponderar as possibilidades para o seu exercício e considerar que a cadeia de transmissão das IST pode se mostrar mais complexa do que se imagina inicialmente. Vão ao encontro desta afirmativa os relatos de alguns entrevistados que, assumidamente, mantinham relação com outros homens e revelaram que muitos de seus parceiros eram casados e mantinham, socialmente, uma vida heteronormativa, como se observa nas falas abaixo:

Meus parceiros sexuais [...] A grande maioria, eu poderia dizer que 90% são casados, [...] Como era uma coisa, tipo: -Oi tudo bom? Quem você é? Chegava a quase uma micro-entrevista para um sexo rápido e banal. E aí eu sempre perguntei, tipo: -Ah! Você é casado? Tem filhos? E a grande maioria sempre falava: -Eu sou casado! (H4, 33 anos)

Esse meu vizinho, nós ficamos saindo assim até os vinte e poucos anos, e hoje ele é casado, tem três filhos, ele não se assumiu, mas ele é bissexual, né!? Mas ele leva uma vida de hetero[...] E eu também não topo fazer sexo com caras casados que querem levar a mulher, ou querem levar uma namorada, ou pedem para levar alguém, eu não gosto! Da mesma forma que eu não pego o telefone dessas pessoas casadas para ligar para eles, quando acontece de ficar saindo mais de uma vez, eu acho que isso é uma coisa deles, eu fico com medo de a mulher atender e criar um constrangimento, então não faço! Saio sim com pessoas casadas, já sai, mas também não falo nada, fico na minha. (H15, 45 anos)

[...] mas só que chega uma hora que você fica assim, porque sabe que a pessoa é casada, conhece a família da pessoa, aí você tenta meio que se afastar um pouco, né!? Porque sabe que isso não é correto! Embora a

consciência tem que ser dele e não minha, entendeu!? Ele também tem que ter consciência, porque ele tem a mulher dele! Tem a família dele! Tem o filho dele! (H16, 34 anos)

Terto Jr.(1996) ao se referir à AIDS, trouxe uma preocupação quanto aos inúmeros homens que, apesar de vivendo em casamentos heterossexuais, mantêm relações extraconjugais com outros homens, o que reforça a vulnerabilidade das mulheres à infecção. Cárceres (1999) também identificou que a maioria dos clientes de rapazes que praticavam sexo comercial em Lima (Peru) eram casados, tendo conduta bissexual.

Estes fatos fazem com que seja percebido que os homens em relacionamentos heterossexuais podem, em muitos casos, relacionarem-se com outros homens no contexto da “clandestinidade” e às “escondidas”, para que sua vida heteronormativa não seja colocada em dúvida. E esta informação é de suma importância, por considerarmos as cadeias de transmissão das IST que podem, nesses casos, atingir também as mulheres, informação importante de ser considerada na busca das parcerias sexuais para diagnóstico e tratamento da sífilis.

Para os homens que fazem sexo com outros homens e que mantêm uma vida heteronormativa frente à sociedade, em alguns momentos percebemos que estas relações podem causar certo constrangimento e culpabilidade. Assim, tentam disfarçar para que não seja notada a sua orientação sexual, como relatado pelo entrevistado H7:

Não sei, parece que a gente tem uma coisa, quando a pessoa nasce com isso. Não sei, a pessoa fala que nasce com isso, parece que vem de dentro da pessoa. Parece que é tipo um chamariz, sabe como é!? Se tá sentado bebendo, a pessoa percebe, não sei de que jeito, ué! Eu faço de tudo para não deixar perceber, mas mesmo assim a pessoa percebe. Os próprios caras chegam e cantam para sair, entendeu? (H7, 58 anos)

Interessante é que um dos entrevistados chega a negar o início da vida sexual durante uma primeira entrevista, só me revelando após muitos contatos que era homossexual, inclusive com história de conjugalidade com outro homem. Sua fala é um pouco confusa, pois, desde o primeiro momento, deixou claro que havia algo que precisava ser melhor investigado, como percebemos num pequeno trecho da primeira entrevista fornecida:

Eu por enquanto nunca tive relação com ninguém assim. Natural! Tenho intimidade, conhecimento com as pessoas, mas nunca tive relação com as pessoas, de juntar, de fazer alguma coisa, eu nunca tive! Intimidade mas nunca fiz, não vou dizer que eu fiz, sem fazer, aí eu estou inventando. Eu tenho que dizer o que eu fiz! Então eu nunca tive contato com ninguém de fazer relação. (H19, 65 anos)

Parece que o tempo todo, o homem precisa se justificar e se manter no padrão da “norma” social e culturalmente a ele atribuída. Tanto que um dos entrevistados, que declarou ser heterossexual, ao referir relação com outros homens no passado, descreveu-a numa perspectiva de justificá-la pela imaturidade da juventude e, ainda, a um comportamento comum dentro do seu grupo de amigos, onde o “homossexualzinho” era tido como objeto de prazer pelos outros jovens da “turma”, e este ainda foi culpabilizado por lhe transmitir sífilis, como é retratado a seguir:

Quando eu tinha 14 anos, na época que tinha a brincadeira de pique, essas coisas. Pique-esconde e tudo mais, brincávamos meninos e meninas, eu era muito jovem, e aí o que aconteceu!? Tinha um amigo nosso na turma que ele era homossexualzinho, e rolou uma relação entre eu e ele, e outros mais lá. (H6, 56 anos)

Kimmel (1998) e Connel (1995) afirmam que, na perspectiva da masculinidade hegemônica, distancia-se o homem de atributos femininos como uma forma de afirmação perante os desviantes do comportamento considerado normal. E na entrevista desse homem, já em fase mais avançada da vida, percebe-se que as relações sexuais mantidas por ele com outro homem na juventude foram consideradas como algo comum, em que no grupo de rapazes havia aquele que não se enquadrava no padrão de masculinidade descrito por ele como “homossexualzinho”, e mesmo que ele e outros homens mantivessem contato íntimo com este “desviante”, continuavam a ser homens.

As oscilações entre as práticas homo e heterossexuais caracterizam um período de descoberta sexual em que alguns homens exercitam a virilidade tendo relações com mulheres mas, ao mesmo tempo, permanecem em um relacionamento com outros homens (CÓRDOVA, 2004). Evidenciamos também em uma das narrativas, a busca por tentar manter por um tempo, uma vida heterossexual para sociedade, como é retratado na seguinte fala:

Mas era tudo assim, eu saía com uma mulher, deixava ela em casa, e ia para a rua atrás de homem[...] Eu saía com mulheres porque eu trabalhava no mercado de peixes. Eu era muito conhecido, era muito famoso! [...] Então para mim andar com um cara do lado, para a sociedade ia pegar mal! Então andava sempre com uma mulher do meu lado, eu tinha a mulher para a sociedade, e não para mim, para a sociedade eu tinha mulher! Eu transava com elas, beijava elas, namorava elas, mas não era tanto prazer, era mais para a sociedade. (H21, 50 anos)

A estrutura familiar em que a criança está inserida, assim como os meios de comunicação, servem de referências para sua representação quanto aos papéis de gênero (BRASIL, 1998a) e o preconceito traz, como consequência, tanto o receio de revelar a

orientação sexual, quanto pode favorecer que relações às escondidas resultem em não usar o preservativo, fato que dificulta as práticas educativas e assistenciais. Pensando nisso, o Ministério da Saúde, na perspectiva de criar um termo que permitisse abranger os homens homossexuais e bissexuais, que se assumem ou não como dessas categorias, lançou o termo: homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2002c). Contudo, na presente pesquisa, utilizamos o termo HSH como aquele que engloba tanto os homens que se auto identificam ou não como gays, mas que mantêm relação sexual com outro homem. Percebe-se nas falas, que a ansiedade e o medo de revelar a preferência sexual, podem estar presentes desde a infância:

Aí descobri com meus primos! Mas quando meus primos me despertaram para o sexo, tinha uma coisa de prazer. Era escondido! Ninguém podia saber, a gente tinha 11, 12 anos, sei lá. 11 anos! [...] E já no ginásio, [...] A minha escola ficava de frente para o Jardim de Alah, em Ipanema, e tinha ponto final de um ônibus, e no intervalo eu ficava ali do lado de fora da escola, no pátio, que dava de frente para o jardim. E aí o ônibus parou, um homem alto, lindo, moreno, saiu da porta do ônibus e urinou. E dava para ver, [...] Eu lembro que aquilo me causou a mesma emoção que eu sinto até hoje, quando eu vejo um homem. Causou um *frisson*! [...] Então são duas lembranças: Isso que ficou muito claro, mas sempre acompanhado com a desinformação, com o julgamento das pessoas, entendeu!? [...] Porque vem tudo isso, né!? A família, mãe, papagaio, periquito. (H5, 54 anos)

Só que nessa época, até os 20 anos, não tinha relação com ninguém, eu ficava perdido! Ao mesmo tempo que eu queria ficar saindo com mulher, eu tinha o pensamento de ficar com homem, né!? Mas o medo, aquela coisa toda, acabava não fazendo nada. [...] Então se eu chegar com esse negócio em casa e falar, a minha mãe mesmo eu acho que não vai aceitar. (H7, 58 anos)

Lá em casa nunca nada foi falado! Eu sabia que eu era gay, mas eu tinha até medo de falar para um colega! Eu tinha medo! [...] Então eu tinha medo de contar por causa disso. Porque eu sempre desde de pequenininho, eu sempre fui muito esperto. Eu ficava prestando atenção no que os outros falavam, eu ouvia história de que fulano se declarou gay, foi expulso de casa e tomou uma surra do pai. Entendeu!? E meu medo todo era esse: de ser expulso de casa! E tomar uma surra! (H18, 47 anos)

O estigma afeta os homens “desviantes” desde muito cedo e, nesse contexto, as famílias que poderiam ser a principal fonte de apoio, na realidade reproduzem o estigma social, o que aumenta ainda mais a situação de vulnerabilidade destes homens (BRASIL, 2002c). O medo e a vergonha, principalmente relacionados com a desaprovação dos pais, culminam na necessidade dos homens de esconderem sua preferência sexual das famílias (NATIVIDADE, 2005).

Ao considerarmos que Leininger e McFarland (2015) propõem que o movimento de ajuda deva ocorrer em prol do empoderamento das pessoas, destacamos como função do

enfermeiro auxiliar esses homens no processo de entendimento de seus sentimentos e preferências na área da sexualidade, assim promovendo sua saúde sexual e o direito de exercer a sexualidade sem discriminação ou preconceito.

Não podemos esquecer, nesse contexto, da assistência às famílias, pois, através de grupos ou atendimento individual, devem ser capacitadas para apoiar e respeitar a vontade e o direito ao exercício sexual do indivíduo e, ao invés de ser mais uma fonte de recriminação, ser uma parte da rede de apoio desses homens.

Estudo realizado em Santa Catarina (CÓRDOVA, 2004) identificou que a maioria dos homossexuais refere uma precocidade em sua “tendência” sexual, em que uma sensação de algo os impregnava e os distinguia das demais crianças, como se suas vidas fossem traçadas para um destino homossexual. Na realidade, esse é um momento em que é comum os pais terem temores diante de atitudes mais ou menos femininas de seus filhos. E até mesmo para os próprios homossexuais, descobrirem em si mesmos uma orientação sexual considerada “divergente”, não seria algo fácil de aceitar.

Na construção do gênero masculino, uma das funções é ratificar o modelo dominante, em que ser heterossexual é um pressuposto da masculinidade hegemônica; logo, ser homossexual caracterizaria uma masculinidade subalterna, que se estende a todos que estão fora do padrão (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN; 2013). Existem muitas maneiras de vivenciar as masculinidades, contudo, algo universal é a opressão vivenciada pelos homens na sua socialização (GUTIERREZ, 2017).

Um dos fatores de universalidade da masculinidade, é o padrão da heteronormatividade imposto ao homem desde a mais tenra idade (LOURO, 2003), independente de sua orientação sexual que, no futuro, será estabelecida. Santos (2017, p.285) alerta que “gays e bissexuais para além da diferença de orientação sexual, são homens”, acrescentando ainda que eles seguiram os mesmos roteiros de socialização dos heterossexuais, ou seja, de forma a obedecer a regra heteronormativa e, certamente, o fato de não assumir esse papel resulta em discriminação, preconceito e segregação, como veremos a seguir nas falas de dois entrevistados:

Eu sou gay desde sempre, eu não me vejo de outra forma! E isso sempre foi muito comentado, porque era uma coisa que, eu nunca fui esse gay masculino, heteronormativo, eu sempre fui bicha, assim, sabe!? Esse trejeito de falar com a mão, enfim[...]E as pessoas sempre notaram, e sempre foi incomodo também muito para minha mãe. Então era uma questão, tipo: - Anda direito! Não fala desse jeito! (H4, 33 anos)

Quando eu estava no primário? Com 7 anos, sei lá... Para mim isso é uma criança, né!? Então... Eu já era a mariquinha, eu já era a bichinha! Aí então o que era mariquinha? Ou o que era bichinha? Então de cara já me jogaram[...]é uma coisa meio assim, porque acho que desde lá de traz já joga isso, assim: - Você é isso! E eu não sabia nem o que era isso! Entendeu!? Então é bichinha, mariquinha, não sei o que! Aí eu já tinha problema de ir para escola por causa disso.[...]Eu era muito retraído! Porque eu era humilhado, eu tinha vergonha[...]Então o que eu estou sentindo, eu já comecei a me sentia culpado, né!? Alguma coisa ficou mal resolvida de cara![...]Eu lembro que meu pai era vivo! Eu deveria ter uns 11 anos, eu fazendo máscaras, sabe máscara? Fantasia! Eu pegava um papel fazia o desenho da máscara e ficava pintando, e ele dizia: -Isso é coisa de mariquinha! Então as pessoas começam, dentro de casa[...]Uma maluquice, né!? O que tem a ver máscara com mariquinha? (H5, 54 anos)

Um estudo realizado em Belo Horizonte com Homens que fazem Sexo com Homens, identificou que em torno de 40% relataram ter sofrido discriminação relacionada à sua orientação sexual (GUIMARÃES et al., 2013). Durante muitas entrevistas, em meio às narrativas de vivências de preconceitos e discriminações, associada a toda a repercussão negativa que estes acarretavam, passava na mente da pesquisadora-entrevistadora-enfermeira-mulher-mãe e, principalmente, pessoa que acredita num mundo com menos iniquidades e sofrimentos, o seguinte questionamento: por que se precisa sofrer para exercer um direito?

Ao saber que se inclui na perspectiva dos direitos sexuais o exercício da sexualidade livre de preconceitos e discriminações, percebemos que estes indivíduos tem violação constante destes direitos e que estes homens tidos como “desviantes”, são “naturalmente” marginalizados e segregados pelo simples fato de distanciarem-se da heteronormatividade social, culturalmente vinculada ao masculino. Mas qual perspectiva fundamentaria estas ações? Visto que “todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL,1988), o que fundamenta as atitudes de diferenciação e apontamentos negativos direcionados a esses referidos homens?

Louro (2003) diz que as concepções e práticas são aprendidas e interiorizadas, tornando-se “naturais”. O autor ainda acredita que a “linguagem” seja o campo mais eficaz na produção de distinções e desigualdades. Nesse sentido, a leitura dos depoimentos faz-nos refletir no que é “dito” para estes homens, ao longo de suas vidas, em torno da perspectiva de enquadrá-los nos padrões aceitáveis socialmente.

Santos (2017) acredita que a homofobia manifeste-se principalmente pela aflição diante da possibilidade de desaparecer a hierarquia heterossexual. E Rios (2007, p.118) descreve a homofobia como “a discriminação experimentada por homossexuais e por todos aqueles que desafiam a heterossexualidade como parâmetro de normalidade em nossa

sociedade”. Define também o preconceito como o termo que, de forma geral, indica a percepção negativa de alguns indivíduos ou grupos, em que juízos desfavoráveis são direcionados a esses pela identificação de pertencerem a uma categoria inferior, sendo a discriminação a materialização de atitudes arbitrárias relacionadas ao preconceito.

No contexto social, distintas masculinidades são produzidas e as questões de gênero evidenciam as relações de dominação, marginalização e cumplicidade em que a masculinidade hegemônica tem as outras agrupadas em torno dela. A essência do masculino vincula-se com relações sociais e também com os corpos, em que ser homem significaria uma pessoa adulta com corpo masculino e, nessa perspectiva, as masculinidades são representadas em forma de certas posturas, habilidades físicas etc. Além disso, toda cultura tem um padrão definido de conduta e sentimentos que seriam apropriados aos homens e os rapazes são pressionados socialmente a se comportarem e se sentirem dentro deste padrão (CONNEL, 1995).

A instituição escolar aparece neste contexto de construção e reprodução da classificação dos grupos onde, por exemplo, naturalmente separam-se meninos de meninas, delimitando assim espaços, afirmando o que cada um pode ou não fazer. Local esse em que o “processo de fabricação dos sujeitos” ocorre de forma contínua e sutil, quase que imperceptível. Gestos, movimentos e sentidos produzidos no espaço escolar, tomam parte dos corpos de meninos e meninas, constituindo a chamada “identidade escolarizada”. Considera-se ainda que, do ponto de vista da sexualidade, a norma tende à heterossexualidade e qualquer outro posicionamento que se diferencie desta lógica, é tido como desviante e problemático (LOURO, 2011).

A posição central, considerada como não problemática, reafirma as outras posições como subordinadas e os sujeitos ou práticas culturais que se diferenciam dela, são marcados pela diversidade e instabilidade tendo, nesse contexto, a identidade masculina heterossexual como uma identidade de referência confiável (LOURO, 2010).

Connell (1995, p.197) também afirma que “os homens gays se tornam alvos sistemáticos do preconceito e da violência. Homens efeminados e débeis são constantemente humilhados”, visto que as masculinidades se constroem em dois campos de relações de poder, que são as relações dos homens com as mulheres e as relações dos homens com os outros homens, que caracterizam o sexismo e a homofobia, o que traz sofrimento à vida desses homens ditos “desviantes” desde a infância.

Corroborar nesse sentido o estudo de Laraia (2001) ao afirmar que a herança cultural desenvolvida através de inúmeras gerações, condiciona os indivíduos a reagirem de maneira

depreciativa em relação a comportamentos fora dos padrões pré-estabelecidos pela maioria da comunidade. E, associado a este pensamento, Louro (2003) diz que a negação dos homossexuais no espaço legitimado, como as escolas, resulta em “gozações” e “insultos”, o que faz com que os jovens gays reconheçam-se como desviantes e indesejados. Este fato é comprovado na fala do 5º entrevistado, que deixa clara a segregação sofrida na época da escola e todo o sofrimento que isso lhe acarretava, desde a infância, pelo simples fato de ser “diferente”:

Quando eu chegava, me excluía e eu ia para o final da fila, que tinha que jurar a bandeira [...] De cantar o hino, então eu já ia para o final, chegava no final, para ninguém me ver, ficava atrás. Então eu comecei a ter um comportamento de proteção! Medo de amizade, eu ia para o recreio e não falava com ninguém, ficava contando os minutos para voltar para sala, eu queria ser invisível! [...] Isso se repetia todos os dias, mas teve uma vez que a minha mãe soube, aí foi parar na diretoria, aí a diretora aconselhou que minha mãe me levasse no psicólogo. E aí eu lembro que quando eu cheguei em casa e abri o diagnóstico, ali vinha dizendo que eu tinha orientações homossexuais, eu era uma criança! Aí o que veio a minha cabeça? “Minha mãe descobriu! E ela não podia descobrir!”. Tá entendendo!? Uma coisa foi levando a outra porque nada era tratado com uma naturalidade, tudo era tratado como uma coisa errada, feia, então minha vida toda eu era tratado como estranho, esquisito! Então a minha vida toda eu queria ser invisível. E eu percebia que eu era muito esquisito! Eu era diferente de todo mundo! Eu dizia: -Por que eu não sou igual a todo mundo? A minha voz já era diferente, e eu fico: -Por que eu não sou igual? Por que eu não sou igual? (H5, 54 anos)

Leininger e McFarland (2015) descrevem que é no contexto do ambiente que ocorrem as interações sociais, onde os indivíduos são culturalmente aceitos, enquanto Furlani (2005, p.220) acredita que “as identidades culturais serão resultantes de arranjos sociais múltiplos, instáveis e subordinados de uma construção histórica e política”. Sendo assim, torna-se perceptível pelos relatos citados anteriormente, que os indivíduos que se distanciam dos padrões social e culturalmente atrelados à masculinidade, são segregados, seja em suas famílias ou em outros cenários sociais. E nesta última narrativa, o quinto entrevistado possibilita-nos constatar, minuciosamente, suas angústias e sofrimentos pelo simples fato de ser diferente dos demais colegas de turma. Mas não deveria ser a escola um local de inclusão? Será que os professores são preparados para esta possibilidade? Será que o ambiente escolar favorece a socialização e o respeito às diferenças?

Louro (2003, p. 2011) afirma que o ambiente escolar contribui para a segregação, imprimindo “marcas distintivas” sobre os sujeitos. Significa dizer que através de discretos mecanismos, escolarizam-se e distinguem-se corpos e mentes e que, através de atividades e brincadeiras, também costumam-se separar meninos de meninas. Furlani (2005) descreve que

a escola normatiza e disciplina, tendo como padrão a heterossexualidade e padrões rígidos de gênero entre meninos e meninas. Mas o mesmo autor acredita que as escolas que, historicamente, contribuíram para a exclusão social, podem se transformar em locais de contestação destes modelos e, ainda, na criação de novos significados culturais em que nenhuma identidade cultural seja mais importante ou tenha caráter universal.

O Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004c) propõe-se ao enfrentamento da discriminação e marginalização dos grupos LGBTI, tendo a escola como uma de suas áreas de atuação. Nesse sentido, os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Básica orientam o professor a estar atento para intervir no combate à discriminação, questionando estereótipos atrelados ao gênero e trabalhando o respeito ao outro e às diferenças (BRASIL,1997). O trabalho com a orientação sexual pressupõe ainda, refletir quanto aos estereótipos de gênero e se opor à discriminação associada à expressão da sexualidade, como a atração homo ou bissexual (BRASIL, 1998b).

O processo de educar envolve o cuidado, as brincadeiras e a aprendizagem orientadas integralmente, objetivando contribuir para que a criança desenvolva a capacidade de relacionar-se mutuamente, de forma respeitosa e confiável, considerando as realidades sociais e culturais, contribuindo assim para uma formação saudável e feliz da criança, favorecendo com que ela estabeleça vínculos com adultos e outras crianças, de forma a fortalecer sua autoestima e ampliar sua interação social e possibilidades de comunicação (BRASIL,1998a). Contudo, o que se percebe nesta quinta narrativa é que, naquela época, a escola não se encontrava preparada para acolher esse indivíduo em sua diversidade e necessidades, sendo mais um cenário em que ele sofria com o preconceito dos seus pares, o que resultou na sua segregação também no ambiente escolar.

Louro (2011) ao se referir ao setor educação, refere que o “ não dito”, ou seja, o que é silenciado sobre os sujeitos porque não pode ser associado a atributos desejados ou padrão, talvez ocorra numa intenção de ocultar ou traduzir uma perspectiva de eliminá-los, numa espécie de garantia da norma. Isso reproduz-se na narrativa de um dos entrevistados, quando o mesmo diz que sua mãe não o incluía na contagem dos seus filhos “homens”:

Enchia a boca para falar que eram homens. Isso mexia com a minha cabeça. Por que eu não era homem? Só os outros que eram homens? E eu não era!? Eu falava assim:-Você é preconceituosa! Isso é preconceito, sabia!? Aí ela não falava nada. (H8, 61 anos)

Louro (2003) também acredita que o “não dito” é tão importante quanto o “dito” sobre o sujeito e exemplifica como o que é silenciado, ou os sujeitos que “não são”, seja por não se

associarem aos atributos desejados ou por não poderem ser nomeados. E esse “não dito” é expresso na fala deste oitavo entrevistado, em que sua mãe primeiramente não o relacionava na contagem dos filhos “homens” e depois, pelo seu silêncio diante da pergunta provocativa do filho.

Na atualidade, embora seja questionada a visão negativa atribuída à homossexualidade, sabe-se que a maioria dos adultos cresceu aprendendo que a orientação homossexual é algo negativo e até mesmo pecaminoso (JURKEWINCZ, 2005). Logo, a ideia de identidade é gradativamente construída e remete à distinção, uma diferenciação entre as pessoas que se inicia pelo nome e segue todas as características físicas, incluindo o modo de agir e pensar, considerando que a maneira como cada um se vê depende, também, da forma como é visto pelos outros (BRASIL, 1998a).

E para esses homens, desviar-se dos padrões de normalidade atribuída ao masculino socialmente, parece ser uma difícil barreira a ser vencida. Assim, para que um jovem possa vir a se reconhecer como homossexual, precisa conseguir desvincular o termo “gay” do significado que aprendeu a associá-lo, deixando de percebê-lo como desvio ou formas não naturais de exercer a sexualidade (LOURO, 2011). E provavelmente, é nesta perspectiva que alguns desses homens empoderaram-se e mesmo em minoria, tentam reagir às agressões:

Da mesma forma que eu sou assumido, e as pessoas não mexem muito comigo, porque, eu brinco sempre, se eu não saio com a pessoa, eu conheço quem fez, então não mexe comigo. Quem mexe com viado, já se envolveu com viado, então eu sou de voltar e arrumar confusão, eu sou calmo, porém, não muito. Já voltei para brigar com 8 pessoas, já voltei para brigar com cara que puxou a arma para mim, entendeu!? Já fui em bar porque ficavam mexendo com o meu pai. [...] algumas pessoas mexiam com ele:-Ah! O filho dele ali foi morar com homem! (H15, 45 anos)

Minha mãe morreu sabendo que eu era homossexual, então o resto, desculpe o palavreado, que se f... Eu sou o { fala seu nome completo}, pago minhas contas, tenho minha casa própria,[...] Devo porcaria a ninguém! (H21, 50 anos)

Natividade (2005) já havia identificado que trabalhar e ter seu próprio dinheiro, favorece o processo de assunção da sexualidade e, neste estudo, foi observado que o posicionamento de afirmação perante as agressões e apontamentos, além de ter possibilidade de sustento próprio, favoreceu que estes indivíduos assumissem a sua orientação sexual. Um dos entrevistados narra a ocasião em que se afastou da Igreja, como forma de se afastar do preconceito e discriminação que sofrera:

[...]mas o pastor principal da igreja, [...] Eles viviam pregando que as pessoas evangélicas, tem que votar em pessoas evangélicas, tratando mais de política! Que se virasse lei homens casar com homens, que na igreja dele não ia casar, ele fechava uma igreja, mas não ia casar! Então ele era um preconceituoso, mas por outro lado ele ficava me usando, para ficar fazendo as festas de lá, jantares e eventos da igreja. Ele nem perguntava se eu podia, ele anunciava, e queria que entendesse que eu que ia fazer: Bolo de aniversário da igreja, aniversário de todos os irmãos, e de tudo. Aí eu fui percebendo isso e me afastei da igreja, da religião! (H32, 48 anos) (grifo da pesquisadora)

Ao longo da história, é descrita a atribuição negativa relacionada à homossexualidade masculina na perspectiva cristã, em que esta era sempre julgada como pecado grave. O embasamento bíblico da Gênesis 2:24: “por isso, um homem deixa seu pai e sua mãe, e se une à sua mulher, e eles dois se tornam uma só carne”, é interpretado na perspectiva de que Deus criou um modelo de moral sexual para todos (da monogamia heterossexual) e que nenhum outro modelo pode ser natural ou moralmente aceitável, o que definiria as relações entre indivíduos do mesmo sexo de forma imoral (JURKEWICZ, 2005).

Natividade (2005) acredita que a trajetória religiosa venha a ter variações com relação à maior ou menor aproximação da doutrina e dos valores religiosos. Declara ainda que, no contexto religioso, a prática sexual com pessoa do mesmo sexo, é um problema considerado como prática errada, assim evidenciando que os valores religiosos podem influenciar na orientação sexual dos sujeitos, refletindo em preconceitos e marginalizações que, no âmbito da saúde, desfavorecem a promoção do direito sexual.

Na atualidade, percebe-se um movimento que permite outras possibilidades para a vida desses homens que estão “fora do padrão” como, por exemplo, as Igrejas inclusivas, lideradas por pastores e pastoras gays e lésbicas, que trazem uma inovação na área religiosa brasileira, em que a vivência da homossexualidade pode ser compatível com a vida cristã. Contudo, ainda se percebe em seus discursos, algumas menções visando controlar o exercício da sexualidade dos seus fiéis, como o estímulo à monogamia e a conjugalidade, tendo ainda a visão de que os indivíduos que cedem aos “prazeres da carne”, tem comportamento não cristão (NATIVIDADE, 2017).

Os papéis e atributos sociais aprendidos desde a infância pelos homens, relacionados à masculinidade hegemônica, acabam por reforçar ou construir o masculino em oposição às mulheres e aos homossexuais, contudo, essas construções sociais e culturais não são universais ou inatas, podendo se alterar em dado lugar e momento histórico (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN, 2013). Uma das diversidades encontradas entre os homens do estudo foi a classificação quanto à orientação sexual, embora essa compreensão não seja tão trivial. E

algo presente em diversas falas, foi a descrição de um mundo paralelo, onde tudo é permitido e, ao mesmo tempo, escondido, fazendo com que o “Mundo gay” ganhasse destaque na pesquisa:

O meio GLS também ele facilita essas informações assim, tipo:-Ah! Vou para sauna!-Onde que tem? -Quais são as melhores? -Ah! Acessa esse site...” (H4, 33 anos)

Em relação a isso, eu fui muito promíscuo quando eu comecei a minha vida sexual, eu acho quase igual a todos os gay, porque não existe esse negócio de dizer: “Eu sou quietinho”, não! Eu acho que gay quando inicia é meio promíscuo. (H18, 47 anos)

As pessoas não pensam no futuro. Eu acho que as pessoas que são homossexuais são tão rejeitados, dentro de casa, por pai e mãe, por tanta coisa, que eles já vivem assim: sexo é como uma fuga para a pessoa se envolver com alguém, tendo um prazer, mas tudo isso é passageiro, [...]Uma coisa tão escondida. Hoje em dia está mais fácil, está mais liberal,[...] Mas ainda tem homofobia, tem tanta coisa contra o homossexual! Que o homossexual se acha tão rejeitado, que eles, se tiver um lugar assim dizendo:-Lá na praia tal, está tendo sexo a vontade! -Vamos para lá! E faz mesmo, sem camisinha, sem nada, sem segurança, e depois vem os problemas, mas aí é tarde! (H32, 48 anos)

Mundo gay que a gente fala é assim: onde você vai encontrar pessoas, não que queira dizer que outras pessoas, que os heterossexuais são diferentes, mas pessoas que compartilham da mesma opinião que você, então onde provavelmente você vai ficar mais confortável. [...] Você não precisa necessariamente ter contato sexual, ou você tem locais onde você vai para contato sexual, que não é diferente do mundo heterossexual onde você tem casa de swing, tem puteiros e tudo mais. Acontece também no homossexualismo. A única diferença é... Geralmente nesses locais onde tem puteiro, o cara tem que pagar para comer a mulher e nesses locais gays não, você vai e você somente paga para entrar, porque todos os homens que estão lá estão dispostos a sair com você e te dar prazer. Às vezes tem barzinhos que você vai, que são locais agradáveis, e que parecem locais heterossexuais, mas como eu falei, tem pessoas que compartilham da mesma opinião que você, então acaba que você pode ficar lá, sentar, e as vezes ir com o seu parceiro, e poder conversar, tocar, abraçar, acariciar, sem ter o julgamento todo ao seu redor por estar fazendo aquilo. (H14, 29 anos)

A valorização social negativa resulta em baixa autoestima e, atrelada a sentimento de inadequação social e/ou psicológica, podem evoluir para distúrbios psicológicos e levar também os homossexuais a optarem por ter uma vida paralela e exercer práticas sexuais pouco seguras (BRASIL, 2002c). Como já sinalizado por Terto Jr.(1996), esta pesquisa também descreve que os locais do “Mundo gay” foram descritos como um universo caracterizado por comportamentos específicos, muitas vezes dando a sensação de proibição e clandestinidade, contudo, também foi implícito na sua descrição um movimento de iguais, em

que há aceitação dos “desviados sociais”, em que o preconceito e a discriminação ocorrem em menor proporção.

Neste sentido, Córdova (2004) afirma que a influência externa, proveniente do convívio com outros homossexuais, pode favorecer como um fator que diminua a angústia e a ansiedade dos homens, resultantes da repressão social, reduzindo a sensação de “anormalidade”, culpa e vergonha, como descrito nesta pesquisa pelo décimo quarto entrevistado. Todavia, esse universo paralelo foi às vezes criticado e colocado como “de risco” para adquirir sífilis ou outras IST, como podemos ver nas seguintes falas:

É uma Terma de Homens na Rua Canigue, no Leblon, eu fui lá uma vez só, Beatriz... Para nuuuunca mais![...]Boate não! Boate é uma delícia, não tem sacanagem, todo mundo dança, brinca, conversa, ri, conta piada, ouve música, dança. Agora, aquilo lá, aquilo lá para mim é um Puteiro, uma Zona. Entendeu!? Pegar o camarada e levar para dentro do quartinho!?![...] Uma pobreza de espírito. Isso não é ter relação [...] Esses meus amigos, que faziam isso, eles eram pessoas legais, mas pagaram um preço alto demais, entendeu!? Pegaram doença, ficaram infectados, pegaram AIDS, morreram. (H8, 61 anos)

Eu não, eu entrei no mundo gay com 28 anos, e um ano depois eu fiz o teste e deu positivo, com 29, e em 2001 eu comecei o meu tratamento! (H15, 45 anos)

E com isso você acaba adquirindo uma sífilis, uma HIV. É complicado, nosso meio é complicado! Se você não se prevenir, não fizer questão de se prevenir, esperar pelo próximo para fazer isso, é meio complicado, né!? (H16, 34 anos)

Principalmente no meio gay, né!? Que agora voltou a ser o grupo de risco, o que é uma pena esse termo voltar a ser usado. Mas infelizmente é a realidade! Eles não gostam de falar que transam sem camisinha, mas a gente sabe que transa, a grande maioria! (H27, 35 anos)

Estudo com homens e mulheres de todas as cinco Regiões do Brasil, identificou que os homens trocam duas vezes mais de parcerias sexuais que as mulheres (ABDO, 2004) e nesta pesquisa, a multiplicidade de parcerias sexuais, fator que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo para adquirir a sífilis (REPISO et al., 2010), foi algo presente nas falas, tanto de homossexuais quanto de heterossexuais:

Eu lembro que quando a gente voltou a se falar, e voltamos a ter relação sexual, antes da gente voltar realmente ao namoro, com ela[...] Eu já estava mantendo relação sexual com ela, eu tive relação com outra pessoa também, com outra menina, nesse meio tempo, que eu já estava mantendo relação com ela, tive com uma outra menina. E um pouco antes dela, eu tive com uma outra. Então nesse intervalo eu tive com três meninas diferentes, entendeu! (H1, 29 anos)

E também fiz muita relação sexual. Enfim... Eu não sei quantificar desde o começo até agora, e nem anualmente assim, quantas pessoas eu mantive relação.(H4, 33 anos)

Em sua fala, o próprio homem relaciona a sua vida e trajetória sexual ao contágio pela sífilis:

Minha vida com relação a sífilis? É... Promiscuidade sexual... Promiscuidade sexual: vários parceiros sexuais, em vários dias diferentes, vários no mesmo dia, uma diversidade de parceiros, que não a esposa em casa, ou que não a companheira, ou o companheiro. (H22, 40 anos)

Barata (2009) afirma que o sistema de reprodução social dos distintos grupos inclui alguns padrões, como as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas e a cultura. E nos discursos, percebe-se que os homens inseridos no “mundo gay” julgam-se em risco de adquirir IST, seja pela multiplicidade de parceiros ou pelo uso irregular do preservativo. Contudo, percebe-se que estas características podem também ser apresentadas por homens que se declaram heterossexuais. Infere-se, assim, que estes tipo de comportamento não é exclusivo de um tipo específico de homens, mas pode se apresentar em qualquer grupo.

Aqui percebemos que no processo de socialização, o homem é estimulado a representar o papel de “garanhão” e “conquistador”, assim como quando se desvia da regra da opção heterossexual, percebe-se em um contexto de “estranhamento” sem orientação e se achando diferente desse contexto, lança-se ao exercício da sexualidade de forma “descontrolada” buscando descobrir o prazer, muitas vezes sem a orientação sexual adequada.

Para Leininger e McFarland (2015), os cuidados culturais são meios holísticos que permitem interpretar e explicar os fenômenos dos cuidados em enfermagem e, ainda, guiar as práticas profissionais. A Teoria do Cuidado Cultural pode embasar a prática assistencial no sentido de considerar tanto os atributos atrelados à masculinidade, quanto as práticas comuns no “Universo gay” que têm, em similar a tendência, a multiplicidade de parcerias sexuais. E a atuação pode se referir tanto à perspectiva de respeitar o direito de escolha dos homens em ter essa variabilidade de parcerias sexuais, como à possibilidade de refletir esta prática como algo imposto social e culturalmente que, se for do desejo desses, poderá ser desconstruída e ressignificada, assim culminando na repadronização de valores sociais e do cuidado.

As relações casuais tiveram representatividade, aparecendo como uma forma de contato sexual com o propósito de ter prazer sem envolvimento afetivo, como mostram as seguintes falas:

Eu olhava, aquela pessoa me atraía e eu saía com a pessoa, independentemente do que ela fizesse, se fosse ativo, passivo. O importante era o momento e o prazer que estava me trazendo naquele exato momento. Eu não estou afim de relacionamento, eu estou mais por prazer. Eu quero mais é esparramar o mingau {Gargalhada}, mais nada! E depois cada um vai para o seu canto, para o seu lado e pronto. É igual aquela música do Roberto Carlos: “Por uma noite apenas e nada mais”. (H13, 49 anos)

Eu fiz muito[...] uma coisa que a gente chama de pegação, em que a gente sai a noite para caçar, você sai a noite, está sem sono, então você pega e vai dar uma volta para fazer sexo casual. (H15, 45 anos)

[...] então eu não fazia sexo porque eu gostava da pessoa, eu fazia sexo, porque eu estava com falta de ter contato sexual, só! Não estava interessado em ninguém afetivamente. (H32, 48 anos)

Esse sexo casual com desconhecidos, também foi descrito por alguns entrevistados como um tipo de “necessidade”, por não terem uma relação mais afetiva num contexto de maior envolvimento. O desejo de encontrar alguém e firmar uma relação mais sólida também aparece, intrinsecamente, como algo a ser alcançado e justificativa para envolvimento sem compromissos, com multiplicidade de parceiros, como evidenciado por H7 e H16:

Você não tem muita opção, não gostar de alguém é muito chato! Não ter alguém, né!? Você vai para a rua, e às vezes aparece pessoas interessantes, aí o jeito é fazer mesmo, porque como não tem como firmar, né!? (H7, 58 anos)

Você vai para rua para buscar sexo fácil, como eu tinha falado no começo. Você não tem ninguém, você acaba indo na rua para poder caçar, buscar sexo. Como não tem ninguém, você não tem parceiro, nem nada, você acaba procurando na rua o que você não tem em casa! (H16, 34 anos)

A escolha das parcerias sexuais é uma opção individual e seja no contexto de “relacionamento sério” ou casual, o indivíduo deve ser orientado no sentido de que qualquer contato sexual poderá promover o contágio pela sífilis ou outra IST. Isso vem ratificar a importância de ofertar o preservativo em pontos estratégicos e dispensar em quantidade satisfatória em todo contato que este homem tiver com os Serviços de Saúde. Embora somente a oferta do preservativo não seja capaz de atingir a proposta do sexo protegido, por isso o enfermeiro e demais profissionais que assistem estes homens, devem sensibilizá-los quanto à sua importância e auxiliá-los a criarem estratégias que facilitem o seu uso.

Acreditamos que o tipo de abordagem metodológica e o método utilizado para a coleta de dados, permitiram que os homens revelassem questões que muitas vezes podem passar despercebidas ou ocultas nas anamneses e durante as consultas individuais. Nesse contexto, além da multiplicidade de parcerias sexuais, relações extraconjugais e sexo casual, alguns

homens também revelaram durante as ambientações (um deles chegando a me revelar que conheceu a esposa numa casa de *swing*) ou entrevistas gravadas, práticas de sexo em grupo, como veremos a seguir:

E quando esse menino o {fala o nome de um segundo ex-parceiro} me conheceu, eu estava fazendo sexo com um outro rapaz, ele chegou com um outro amigo, que eu saía com um amigo dele, e eu fiz sexo com os três. Eu sempre fui muito liberal. (H15, 45 anos)

Essas revelações são importantes no contexto das ações educativas, visto que algumas orientações específicas precisam ser trabalhadas nesse tipo de prática, como a troca de preservativo no momento de troca de parcerias sexuais, para que se evite a contaminação pela sífilis ou outras infecções. Entre essas orientações, está uma que transcende o simples discurso de que usar a camisinha seja importante, pois com ela o profissional precisa encarar a realidade e implementar o cuidado a partir dela.

Terto Jr.(1996) já havia descrito que os cinemas, banheiros públicos, parque, dentre outros, fornecem ao HSH uma possibilidade de realização de seus desejos sexuais de maneira anônima. Os locais para sexo casual, seja através de michê ou pelo prazer, merecem uma atenção especial, pois devem ser locais de investimento em estratégias de ações preventivas, visto que são frequentados pelos homens que buscam satisfação sexual, como exposto nas seguintes falas:

Como eu já estava maior de idade, já trabalhava, já tinha meu dinheiro, aí começou o uso de saunas, [...]E aí você vai descobrindo um universo de saunas, que no meu caso eu desconhecia, e que para mim foi vantajoso, porque:-Ah! Eu quero transar hoje nessa sauna... Amanhã eu quero transar naquela. E aí você se vê sempre com possibilidades de sexo. (H4, 33 anos)

Entendeu!? Transava com várias mulheres. Mulheres deeee... de programa, dessas coisas,[...] Que ali era um reduto de prostituição, aí eu saía do trabalho, e ia para lá... (H6, 56 anos)

Como já sinalizado por Terto Jr.(1996), a inadequada orientação sexual e a impossibilidade de exercer a sexualidade livre de julgamentos e preconceitos, parecem favorecer a frequência a esses locais pelos HSH, como é percebido no seguinte depoimento:

Eu não sei a historia de cada um, pode ser diferente da minha, entendeu!? Sauna, cinema, sei lá. Praia do Flamengo, lugar de pegação, né!? Eu acho que é parecido com essa minha história, entendeu!? Onde as pessoas são muito reprimidas. Seja o casado que tem uma fantasia, entendeu!?[...] Será que se essas pessoas fossem mais bem resolvidas sexualmente e o social te aceitasse um pouco melhor, teria esse tipo de... Por que a prostituta existe desde que o mundo é mundo? Porque as pessoa precisam daquela pessoa,

precisa daquele lugar para fazer uma coisa que você normalmente não faz? Então... É um ambiente muito solitário! Eu tinha essa impressão, entendeu!? Escuro. E leva você a fazer coisas que você não imaginaria fazer! Então por isso que eu acho que é muito comum você contaminar as pessoas, em todos os sentidos, seja sexualmente, seja emocionalmente. Porque você está num ambiente onde tudo é permitido, então para eu te contaminar, você fica tão assim naquela onda, que isso meio que passa a margem. Quando eu te contei a história do cinema,[...] que eu encontrava do bonito ao feio, o aleijado. Naquele ambiente não tinha preconceito, né!? Pagou, entrou, pode ser o aleijado, preto, branco, feio, bonito, michê, qualquer um. Acho que é por isso que as pessoas se soltam, né!? É um ambiente que não tem preconceito. (H5, 54 anos) (grifos da pesquisadora)

Interrompemos a sequência de raciocínio para destacar algo contido na fala acima, e extremamente importante ao se considerar as ações educativas direcionadas ao público masculino, quando este entrevistado diz que os ambientes para sexo casual são frequentados por todos, sem preconceito, e cita ainda com forte destaque ter encontrado um “aleijado” neste ambiente.

Quanto a isso, Aragão et al. (2016) já haviam contribuído ao descrever que se deve considerar a presença de relações sexuais em pessoas com deficiência física, contradizendo um pensamento social errôneo de que estas não manteriam relação sexual e que estas ainda possuem condições nas dimensões individuais, sociais e programáticas que as vulnerabilizem ao contágio pelas IST. Logo, os homens nessa condição, devem ser incluídos como público das ações educativas e assistenciais com relação à prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da sífilis e de outras IST.

Retomando a discussão, os locais para sexo casual apresentaram-se sob as mais diversas formas, variando de uma casa de “família” às ruas cariocas, como constam nas narrativas:

Então teve uma vez, que foi a primeira vez que eu tive relação sexual, que eles decidiram brincar de bordel. Aí como é que foi isso? Tinha um colega, que a mãe passava o dia todo na rua e tal, e ele decidiu fazer a casa dele como se fosse um bordel, assim!? Você não pagava nada, mas tinham três meninas da comunidade que se ofereceram lá para brincar e elas ficavam nas camas, que era uma dele, uma da irmã, e uma da mãe, para receber os homens, adolescentes, né! Não tinha homens mesmo, mas todos adolescentes da comunidade. (H14, 29 anos)

Já fiz muita pegação no banheiro do Cardeal Arco Verde, na central, banheiros assim da rua férrea, de shoppings, de lojas, nossa! Da Líder®, da C&A®. Eu já pinteí a sapucaia. De escolas, da escada de incêndio, eu já fiz muito. (H15, 45 anos)

Lugares onde que rola sexo fácil! Aí tem de tudo, pessoas que transa sem camisinha, com camisinha, tem pessoas que fazem questão de se proteger,

outras não, entendeu!? [...] Então esses lugares rolam de tudo! Basta você querer! Entendeu!? Se você quiser sem, tú vai acabar encontrando uma pessoa que também vai querer sem, mas tem muitas pessoas também que fazem questão de se prevenir! Esses lugares de pegação, de sexo fácil, é geralmente em área pública, em áreas mais escuras como o Aterro do Flamengo, enfim. Parques mais escuros, a noite, que tem uma probabilidade maior das pessoas estarem ali andando, principalmente na época do carnaval! Na época do carnaval então, é quando mais enche. (H16, 34 anos)

Essas pessoas que são promíscuas, que estão lá na farra mesmo, em locais de praticar sexo mesmo, a vontade assim: saunas... Lugares públicos, que tem locais no Rio que as pessoas vão para fazer sexo mesmo, essas pessoas assim. Não estão ligando para a saúde, não estão ligando para nada. E as pessoas que estão nesse clima de sair atrás de sexo, elas fazem mesmo sem segurança, sem medo, sem responsabilidade, sem nada! (H32, 48 anos)

Como podemos perceber, o não uso do preservativo é algo comum entre os frequentadores desses locais para sexo casual, mas uma fala curiosa chamou a atenção: foi quando o entrevistado relatou a ocasião em que adquiriu gonorreia, situação que nos faz perceber que nem sempre estas relações envolvem a penetração sexual, contudo, expõe ao risco de contágio por IST, como identificaram a seguir, na fala do H13:

E então eu saio, com quem me der na telha, entendeu!? E quando eu não saio por amor, saio porque eu pago! Dou dinheiro e a pessoa sai comigo, e aí a gente tem o relacionamento[...] Aí numa dessas idas e vindas, nós voltamos juntos, e ele (o amigo) fez com que o motorista de taxi fosse para um lugar conhecido no Centro da Cidade, onde ficam garotos vendendo o corpo, para fazer sexo, né!?Então eu fui com ele, e ele arranhou um garoto lá, na porta de um ponto que não tinha quase ninguém, e aí no momento que o garoto sentou no banco da frente, entendeu!? Ele já tentou convencer o garoto, e foi assim um tal do taxista mandando, falando: -Ah! Vai ser bom, não sei o que... O garoto acabou deixando, e meu amigo botou a boca no pênis dele e depois passou para o meu, e eu acabei me contaminando, sem ter feito o sexo, no caso pelo fato de ter...talvez o garoto estava contaminado, por trabalhar nesse tipo de vida, entendeu!? E meu amigo passou para o meu. (H13, 49 anos)

Foi revelado também que eventos são organizados para promover o sexo sem uso do preservativo e, numa espécie de “roleta russa”, os homens se envolvem sexualmente, como foi descrito na seguinte narrativa:

Essas festas elas acontecem uma vez por mês, ou geralmente aos finais de semana, então ali é um grupo. Você é chamado, aí eles te convidam, e geralmente tem um apartamento que eles alugam, ou uma sauna, um clube, e ali é onde todo mundo se relaciona. Entendeu!? Tem a festa do *barebacking*, que é a festa sem camisinha, ninguém usa camisinha, nessa festa eu já fui, mas eu não saí com ninguém, fui para conhecer! É como eles falam: roleta russa, e lá em São Paulo tem isso, eu acabei descobrindo. E aqui no Rio tem, mas é pouco feita essa festa. (H31, 32 anos)

O *Barebacking* tem origem na língua inglesa. Considerado um tipo de montaria sem sela, o termo é utilizado para se referir a relações sexuais sem o uso do preservativo com o risco consciente de adquirir o HIV. Responder as questões acerca dessa prática não é simples; implica não apenas no questionamento reducionista dessa atividade sexual, mas também na tentativa de identificar quem são os seus praticantes (PAULA; LAGO, 2013) para que seja possível atuar, de forma mais direcionada, junto a esse público que desafia as normativas do “sexo seguro”.

Na Teoria do Cuidado Cultural proposta por Leininger e McFarland (2015), o ambiente é uma peça fundamental na implementação do cuidado. Reflete-se a partir disso, que os ambientes em que esses homens buscam satisfazer-se sexualmente, podem ser tidos como locais de ações em saúde visando o combate da sífilis e outras IST, pois, ao frequentá-los, os homens devem estar empoderados para o cuidado preventivo, que é representado pelo uso do preservativo para todos os tipos de contato sexual. Nesta perspectiva, as ações embasadas na repadronização do cuidado cultural não objetivariam condenar a ida a esses locais, mas na ciência de que estes locais são utilizados, cotidianamente para a prática sexual desses homens.

Sabe-se que os contatos “virtuais” intensificam-se, não necessariamente diminuindo os contatos reais, pois as paqueras “*online*” não descartam a possibilidade de contato presencial posterior (SAMPAIO, 2016). E nesse contexto, a era tecnológica parece trazer mais uma possibilidade para a busca/encontro de parcerias sexuais, conforme é relatado nas seguintes falas:

Eu frequentava muitos *sites* de pegação, eu conheci meu marido num desses. (H5, 54 anos)

Esse tal de PREP³ agora que estão colocando muito nos aplicativos. Aí você não sabe se a pessoa está fazendo uso do PREP ou não[...] Mas hoje em dia as pessoas estão usando muito isso nos aplicativos, colocando PREP para você tipo meio que confiar: -Ah! Não pode ficar tranquilo, a gente pode ter relação sem camisinha, porque eu estou fazendo o uso de PREP[...]Tem até grupos aí que ficam procurando pessoas que são portadoras, enfim... E que querem ser infectadas, eu já vi isso em grupo! Que eu até me assustei! Isso deu até uma reportagem no fantástico nesses negócios de grupo aí que querem ser contaminados, no caso, vitaminados! (H16, 34 anos)

Por permitir o encontro de parcerias sexuais, os grupos de *Whatsapp*, o *Facebook* e as demais mídias sociais, foram vistas como um fator que poderia predispor ao contágio pela sífilis por favorecer, dependendo do contexto, a relação casual não protegida, assim como mencionado no relato acima. E neste contexto, independente dos criadores e administradores

³ Profilaxia Pré-exposição- medicamentos antirretrovirais prescritos antes da exposição ao HIV, buscando evitar o risco de contaminação.

de grupos para este fim assumirem as implicações jurídicas e legais, resta ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde, direcionarem suas ações aos homens em questão, visando sensibilizá-los quanto aos reais riscos dessas práticas, com enfoque na mudança de condutas vislumbrando uma vida sexual mais assertiva.

E se na atualidade estes dispositivos virtuais estão presentes no nosso cotidiano (SAMPAIO, 2016), as práticas assistenciais precisam considerá-los na implementação do cuidado. Contudo, os profissionais devem encorajar estes homens a criarem ou se inserirem em grupos sem propósito de contágio, tendo o cuidado de manter sempre relações protegidas por meio do uso do preservativo.

Não foram todos os homens que demonstraram frequentar ou ter afinidade por locais para “sexo fácil”, nem ter uma multiplicidade de parcerias sexuais. Na realidade, conhecer as parcerias e o contexto da intimidade das relações, também mostraram-se presentes nas falas a seguir:

Quando eu transava com alguém, eu já conhecia a pessoa, eu sabia quem era, conhecia a família, conhecia, mais ou menos o comportamento, porque ninguém conhece ninguém, né!? Ai sim, eu até ia. Nunca tive esses interesses assim de conhecer a zona. (H8, 61 anos)

[...] nos últimos três anos, eu só tive relação com uma pessoa, entendeu!?![...]A gente se conheceu há três anos atrás, e nesses três anos eu sempre fui muito reservado[...]E em relação a ter parceiras sexuais, eu nunca tive muitas, entendeu!?! (H9, 21 anos)

Esta informação torna-se importante já que, de uma forma geral, seja pela correlação com o termo “garanhão” atribuído à masculinidade, seja pela associação da promiscuidade junto ao universo LGBTI (TERTO JR.,1996), que no passado foi considerado como grupo de risco para infecção pelo HIV/IST (DANTAS et. al., 2005), os homens são sempre vistos como “promíscuos” e “contaminadores”, muito embora os relatos acima sinalizem outras possibilidades para o exercício da masculinidade, num contexto de relações mais próximas com as parcerias sexuais, fato que deve ser considerado na assistência a esse homem.

Sabe-se que “os significados das vivências mudam, mudamos. Afinal, há uma característica plástica das impressões da vivência do tempo em nós, impossível de se ajustar a medidas e antecipações, por isso mesmo atingíveis à *posteriori*” (NOGUEIRA et. al., 2017, p.482). E nesta visão, percebemos nas narrativas, que a multiplicidade e os tipos de parcerias sexuais foram objeto de reflexão por alguns entrevistados devido à maturidade adquirida ao longo do tempo, como algo que talvez não valesse a pena, como veremos a seguir:

E assim, no começo, eu não me importava tanto, mas aí depois eu comecei a ver que eu estava[...]Acho que a idade também, né!? Não que meu libido tivesse passado 100%, mas ele já tinha começado a entender que daqui a pouco eu estou com 40, 50, preciso de uma pessoa para estar do meu lado. Você entende que a vida é mais do que só sexo, assim!?(**H4**, 33 anos)

[...]e não me envolver com o que não presta mais, para mim já passou, a minha *fase lá atrás*, hoje já passou. Entendeu!?(**H8**, 61 anos) (grifo da pesquisadora)

Ah! Boates GLS, mas eu não frequento muito, porque eu já passei dessa época, entendeu!?! Frequentava muito quando eu era adolescente, hoje em dia não. (**H16**, 34 anos)

A “fase lá atrás” referida pelo oitavo entrevistado é o período da adolescência e juventude, momento em que o indivíduo motivado pelo estímulo sexual tem a sexarca, com caráter exploratório, quando a relação genital associada à imaturidade, pode ter um certo descontrole, com caráter lúdico, para conhecimento do próprio corpo e o do outro para, mais à frente, esta atividade genital tornar-se mais responsável, em que o outro passa a ser objeto de amor mais genuíno (PACHECO, 2008). Isso ratifica a importância de investir na educação sexual durante as fases da adolescência e juventude, mas não apenas na perspectiva de debater questões centradas no ato sexual, na gravidez não desejada, no aborto, no uso de métodos contraceptivos ou de prevenção contra IST, mas também em questões vinculadas à subjetividade de cada indivíduo e à sua construção política, social e cultural (ALBINO, 2008).

Com isso, é percebida a importância de auxiliar os jovens nesse processo de amadurecimento e entendimento das suas emoções/sentimentos relacionados ao aflorar da sexualidade. E para isso, visando seguir a proposta de Leininger e McFarland (2015), através da preservação, acomodação e repadronização do cuidado, o enfermeiro deve considerar as características individuais, sociais e culturais nas quais os jovens estão inseridos.

Quanto às parcerias fixas, foram citadas em alguns momentos, tanto por homossexuais quanto por heterossexuais, como uma espécie de “porto seguro”, talvez algo que diminuísse a multiplicidade de parcerias sexuais e, conseqüentemente, os riscos de adquirir IST:

Eu me lembro que eu falei brincando com você: -Casamento é prisão! Porque eu fico me sentindo aprisionado naquela situação, né!? Como eu estou te falando, o casamento ele me deu uma segurança, eu até comentei com você que eu às vezes me sinto numa prisão! Mas é! Você fica ali naquele negócio. Aí você pensa, eu vivia completamente solto, sem responsabilidade, comigo inclusive! Entendeu!?! Então o casamento é meio como se fosse isso, eu preciso daquele negócio, daquele limite, porque se não eu vou embora! [...]Então o casamento eu acho que me serviu para dar

uma estrutura na maluquice, porque eu era muito porra louca, acho que me serviu para isso, entendeu!? Aprisiona essa pessoa, porque senão, só Deus sabe! (H5, 54 anos)

É, comecei a ficar com ela, e agora é só com ela. (H10, 18 anos)

Contudo, nem sempre o contexto de relações mais estáveis foi associado à monogamia, como percebemos nas seguintes falas:

Há três anos eu tenho um relacionamento. Um relacionamento estável, né!? Digamos assim, mas no meio desse relacionamento, a gente teve algumas coisas, uma conversa e nesse período de tempo decidimos abrir a relação. Transei com algumas pessoas nesse período, e meu parceiro também. (H14, 29 anos)

Porque é difícil se segurar de desejo! As pessoas confundem muito, sentimento por exemplo: Eu gosto dele, eu me sinto bem ao lado dele, ele é uma pessoa divertida! Me faz ficar para cima, mas eu sinto desejo por outras pessoas. Principalmente porque o que te atrai mais de início é a beleza física, né!? E você olha a pessoa linda e você sente atração, e não é porque eu tenho um relacionamento, que eu sou obrigado a ficar cego para outras coisas! (H18, 47 anos)

Aí eu fui e traí ela, tá ligado!? Aí eu traí ela, aí eu fui e peguei essa parada: a sífilis. (H20, 26 anos)

A assistência aos homens na área da saúde sexual deve considerar o contexto de suas relações e, entre os entrevistados, estas foram expressas de diversas formas neste estudo. Encontramos, assim, homens em relações conjugais no contexto de monogamia, homens em relações conjugais que mantinham contatos sexuais extraconjugais, outros que mantinham relações casuais e, até mesmo, alguns que referiram não ter envolvimento afetivo-sexual há muitos anos.

Estas são informações relevantes na implementação do cuidado a esses homens, pois, numa consulta, um homem que esteja sem contato sexual no presente, pode ter sido contaminado no passado e necessitar de tratamento agora (BRASIL, 2015a), assim como outro que, por acreditar estar numa relação monogâmica, não tenha o risco de ser contaminado pela sífilis, deve receber orientação e ser alertado quanto à importância de aderir à prática protetiva.

Algo interessante que se tornou visível com as narrativas, foi a complexidade das relações, em que um contexto de parceria “fixa” de uma relação homoafetiva não excluía a possibilidade de um caso de sífilis congênita, visto que esses homens eventualmente tiveram parceiros que se relacionaram também com mulheres e, em pelo menos três casos, estas

engravidaram simultaneamente a essas relações, ratificando a visão de que o ciclo de contágio das IST não é trivial, mostrando-se mais complexo do que o esperado, como visto nas seguintes narrativas:

O menino que morava comigo, que passou um tempo lá em casa, [...]ele era hetero, se declarou hetero, coisa e tal [...] E realmente, ficou quase 6 meses lá em casa, e ficou um mês, quase dois sem ter nada, dormiu na minha cama era aquela coisa, mas um dia eu acordei, ele estava excitado, fingindo que estava dormindo, e rolou um sexo oral, e dali rolou sexo, e foi rolando, rolando, rolando[...] A gente ficou nisso até ele achar que tinha engravidado uma menina e quase casar. (H15, 45 anos)

Oito meses, três meses, sei lá! Tem pouco tempo, nós já estávamos junto! Só que eu fui passar o natal no Rio, aqui no Rio, com a minha sobrinha. Aí ele falou que estava natal na casa de uma ex-namorada dele, e acabou rolando, aí eu falei:-Transou sem camisinha!? A mulher não toma anticoncepcional!? Não toma nada!?Loucura, né!? Hoje em dia tem tanta coisa que você pode evitar de engravidar. Se a pessoa está tão... Bebe naquele momento e vai! Não pensa no que vai acontecer depois! (H21, 50 anos)

Essa complexidade das relações afetivo-sexuais mostrou-se como um fator que deva ser considerado, principalmente na proposta de busca ativa das parcerias sexuais e, ainda, na avaliação das parcerias destas, pois mesmo que não tenham contato direto com o homem foco da assistência primária, a cadeia de transmissão pode ser mais ampliada do que a princípio se parece. Mas, para isso, devemos rever as formas de convocação e busca ativa das parcerias sexuais que até hoje são disponibilizadas, pois, depender do indivíduo infectado para contatar estes parceiros, pode ser um fator limitador já que eles podem apresentar uma série de motivos para não realizar essa convocação (COLEMAN; LOHAN, 2007), mas essa dinâmica será discutida mais detalhadamente na segunda categoria.

Algo não muito recorrente, mas presente em algumas falas, apresentado aqui pelo seu impacto negativo e magnitude social, foram casos de violência sexual relatados por três homens, assim como casos de envolvimento de homens adultos com adolescentes, referidos pelos entrevistados, associados pelos entrevistados ao universo LGBTI, como veremos a seguir:

E quando eu fiquei em todo esse movimento foi quando, acho que a minha vida sexual começou a ficar um pouco mais ativa, porque euuu trabalhava em Copacabana, e em Copacabana tem muuuitos gays, e quando eu estava lá no restaurante, que eu trabalhava no MC Donald, tinha muuuita muita pessoa que dava em cima. Agora eu tenho a noção, mas na época eu não tinha a noção, pessoas mais velhas e que gostavam de garotinhos novos. Eu já tinha 18 anos, mas enfim, ainda ficava aquela sensação de:-É novinho, então vamos pegar! (H14,29 anos)

[...]Tem gays que fazem criação quase, entendeu!? [...] trabalham como mecânico. Tem mecânicos que trabalham sujo, mas o dinheiro dele é todo para dar para dar drogas para o garoto e cachaça. No meu bairro tem viciados em cachaça, jovens viciados em cachaça. E eles gostam de sair com menores, tem gays que gostam de sair com menores de idade. (H15, 45 anos)

Eu tive problema na infância, já começou por aí, eu praticamente fui estuprado quando eu era pequeno, por um homem, então isso desencadeou. E ele foi e falou para outros caras que tinha feito! [...] e eu tinha medo que minha mãe descobrisse,[...] Ele foi falando para os outros, e os outros foram querendo também fazer relação comigo, e eu fui aceitando! (H32, 48 anos)

Felipe (2010) descreve que a prática sexual entre crianças / adolescentes e adultos foi por muito tempo tolerada e estimulada em diversas culturas e, mesmo nos dias atuais, algumas sociedades ainda consideram essa prática como algo natural, a exemplo de muitas regiões pobres do Brasil em que as famílias oferecem suas crianças em troca de dinheiro.

A violência sexual ratifica a manutenção da supremacia masculina (CONNEL, 1995) e o fato de que as mulheres e os homens gays têm servido como a identidade de gênero subalterna, em que esses últimos são tidos como “bichinhas passivas e efeminadas” (KIMMEL,1998), o que marca assim questões de gênero importantes de serem trabalhadas, numa perspectiva de diminuir esse tipo de violência.

A violência sexual contra crianças e adolescentes ainda é um grande desafio, tanto para as instâncias de produção do saber, quanto para os responsáveis pelas leis de defesa da infância e da juventude (FELIPE, 2010). E enquanto profissionais de saúde, temos que estar atentos a essas crianças e jovens, representados aqui nesta pesquisa pelo sexo masculino, mas não esquecendo que as meninas brasileiras também sofrem este tipo de violência, às vezes dentro dos próprios lares. Então, no contato com as crianças e jovens, sejam em consultas individuais, atividades de grupo, nos hospitais, Unidades Básicas de Saúde, escolas e outros cenários, devemos estar atentos para identificar casos de abuso sexual e tomar as medidas legais cabíveis.

Interromper a relação abusiva e assistir as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, é uma missão de todo adulto, principalmente no papel de profissional de saúde. Empoderá-los para que possam identificar situações abusivas e saber o que fazer para se proteger deste cenário, é uma ferramenta que deve ser utilizada e para isso, novamente é proposta uma parceria saúde-educação. Contudo, a problemática do aliciamento de menores não se resolve apenas nessas esferas citadas, pois é necessário maior investimento em políticas públicas, com redução das desigualdades sociais e econômicas, garantindo

possibilidades de futuro mais positivas para essas crianças e jovens.

Outro contexto de violência que emergiu das narrativas, foram as relações abusivas e as violências nas relações amorosas, presentes tanto em relações heterossexuais quanto homossexuais, tendo mais frequência nessas últimas. Tais situações podem ser percebidas nas falas abaixo:

Eu tive uma pessoa que passou na minha vida assim durante um ano. Durante um ano eu conheci Acre, tinha jato, carro importado morava numa apart-hotel na Barra maravilhosa! Muito dinheiro, joia! Isso nos meus 32 anos, 33 anos[...]E eu só deixei essa pessoa, porque essa pessoa me botou a arma na cabeça, e disse que se eu largasse ela, ela me matava. (H8, 61 anos)

[...] eu conheci um rapaz, e ele começou a frequentar minha casa, depois eu descobri que ele era usuário de cocaína, não gostei! Mas ele foi ficando, foi ficando, até ele tentar roubar meu celular, né!? (H15, 45 anos)

Eu sei que na realidade eu sou apaixonado por ele! Eu largo tudo. Eu comprei para ele um *Yphone6* para ele, custou 6 mil reais, comprei no meu nome, quem estava pagando era ele, lá em casa um dia ele perdeu o telefone, ele pensou que eu tinha pego o telefone dele! Eu não peguei! Aí um dia ele foi tirar o freezer do meu quarto para colocar na sala e ele achou o celular em baixo do freezer, falou que eu peguei. E ele tomou três cartelas de remédio, de rivotril, quebrou minha televisão de 50 polegadas, quebrou meu *home theater*, quebrou meu telefone sem fio, quebrou meu DVD, aí caímos na porrada, quebrou meu dente. (H21, 50 anos)

O ciúme dela era desmedido, o ciúme dela era além do normal. Não é normal a pessoa ter ciúme desse, não é normal a pessoa está com a outra e agir dessa forma por ciúmes[...]É que ela avançava em mim, para puxar meu cabelo, arranhar meu rosto, rasgar minha roupa, aí eu tentava me defender, e tirava ela de cima de mim. A bicha é braba, ela é raivosa. Raivosa pra caramba! (H23, 43 anos)

Rosa e Falcke (2014, p.17) descrevem que “a complexidade do fenômeno da violência conjugal revela a necessidade de analisar as especificidades da dinâmica de funcionamento de casais que a vivenciam, seja sexual, física e/ou psicológica”. Essas autoras, ao estudarem a dinâmica do relacionamento conjugal de casais com história de violência, perceberam que a violência esteve presente de distintas maneiras e foi exercida por ambos os parceiros. Identificaram também que os homens reconhecem em menor proporção do que as mulheres, tanto a violência cometida quanto a recebida, sendo que esta última pode estar associada à imposição social direcionada ao homem de força e agressividade, dificultando que estes se reconheçam em posição de inferioridade, o que pode ter repercutido no menor quantitativo de relatos de violência entre os heterossexuais deste estudo.

A frequência da violência entre casais homossexuais é próxima àquela dos casais

heterossexuais, contudo, o preconceito que envolve as primeiras oculta os casos e, algumas vezes, naturalizam-no, como se fosse algo pertinente ao universo homoafetivo, o que além de contribuir para manter a impunidade, reforça a violência (LUZ; GONÇALVES, 2014). Leininger e McFarland (2015), ao considerarem o movimento de apoio direcionado ao empoderamento como uma importante ferramenta para o cuidado cultural, permite-nos idealizar uma assistência de enfermagem que apóie esses homens em situação de violência, seja como autores ou vítimas, ou ocupando esse duplo papel, de forma que não a encararem como algo natural, e sim como prejudicial às suas vidas e às de suas parcerias sexuais, fornecendo uma rede de apoio que lhes possibilitem sair desse ciclo de violência. Para isso, no entanto, ações intersetoriais provavelmente precisarão ser estabelecidas, considerando cada caso.

5.2.1.2 Segunda Subcategoria Analítica

Conhecer a sífilis para preveni-la: lacunas na promoção da saúde sexual dos homens

No livro “Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil”, Carrara (1996) descreve a sífilis como um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil desde o século XIX e relata o grande acometimento pela infecção em homens, mulheres e crianças. E através das narrativas dos homens, percebe-se que a sífilis tem ainda grande repercussão em seus espaços sociais, visto que foi comum relatos dos entrevistados de pessoas de seu meio social terem sido infectadas, como constatamos abaixo:

Teve uma amiga minha que teve, e nela ainda veio, com aquela fase que começa a dar ferida nas mãos, nos pés[...] a gente ficou preocupado com ela. (H9, 21 anos)

Eu tinha uma conhecida que era travesti e esteve na Europa, e quando voltou ao Rio, ela com uma arma atirou no próprio pé, e estava com sífilis. (H15, 45 anos)

Eu tenho um amigo que teve sífilis, e ele tratou com benzetacil, ele não tem HIV. (H17, 31 anos)

Em sua tese de Doutorado, ao entrevistar mulheres com diagnóstico de sífilis, Silva (2003) identificou o que chamou de “caráter hereditário da sífilis”, pois percebeu casos de sífilis na família de suas entrevistadas. O presente estudo contribui para identificar que a sífilis parece pertencer também ao universo “familiar” dos homens, pois um dos entrevistados relatou, de forma bem natural, que seu avô teve a infecção, enquanto outro referiu que seu afilhado teve sífilis congênita, num período próximo ao seu diagnóstico, e este homem

mantinha relação sexual com o pai biológico desta criança, conforme veremos, respectivamente, nas narrativas abaixo:

Meu avô, ele trabalhava e morava no Catete e existia um puteirinho lá, um prostíbulo, né!? De Francesas, de mulheres francesas até, na rua Correia Dutra, e lá ele se contaminou com a sífilis e quase morreu. (H22, 40 anos)

Como eu tive uma vez com uma pessoa, essa pessoa teve um filho, e me botou para ser padrinho, o filho e a esposa, eu acho que ficaram contaminados por sífilis, mas eu não posso garantir que fui eu quem transmiti, porque ele também saía com outras pessoas, então pode ter sido eu, como pode ter sido as outras pessoas, então isso fica difícil de saber quem foi o primeiro, e quem vai ser o último. Isso aí não tem como! (H13, 49 anos)

As visões e valores compartilhados entre as pessoas, comumente existem por serem elas integrantes do contexto ambiental, e o ambiente é tido como uma dimensão complexa e de multifaces em todas as culturas, que influencia a saúde e o cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2015). O que mais se destaca nos relatos, é o que chamamos aqui de “naturalização”, com uma pitada de “banalização”, que deve ter se dado, provavelmente, pela ciência dos casos de sífilis comuns no meio social dos entrevistados, acabando por tornar a infecção algo “normal”, principalmente pela sua não associação com a morte iminente, como descrito por Silva (2003).

Ratificam esta perspectiva de ser a sífilis comum no ambiente dos homens, os relatos de alguns homens mais velhos, que referem a sífilis como algo corriqueiro no contexto do exercício da sexualidade masculina no passado, fato já sinalizado por outro autor (CARRARA,1996) e demonstrado na seguinte fala:

Então para mim a sífilis era conhecida como um caso assim de tipo:- Ah! peguei uma gonorreia. Ah! Peguei uma coceira da mulher. Então você ia no médico, o médico te dava uma injeção, dava o remédio, sarava e pronto estava certo.(H7, 58 anos)

Encarar a sífilis como algo natural, além de comprometer o exercício da sexualidade saudável, torna-se um perigo para a vida desses homens. Uma infecção que pode ser prevenida com o uso do preservativo, não deveria ser tão corriqueira nos ambientes sociais. Ademais, as taxas crescentes de sífilis, tanto em sua forma adquirida, quanto gestacional e congênita (BRASIL, 2017a), demonstram que cada vez mais os casos da doença tornaram-se comuns nas comunidades.

Combater a infecção envolve o estímulo ao uso e disponibilização do preservativo, aproximação da população pelos profissionais de saúde para informar sobre a sífilis, assim como alertar para os seus malefícios na vida de homens, mulheres e crianças e, para isso, ações em grupo podem ser muito eficazes. A troca de informações entre profissionais-população pode ser favorecida, desde que a discussão considere a realidade cultural dos indivíduos. Uma possibilidade para este tipo de atividade é a roda de conversa, experiência já demonstrada como válida para atender a este propósito (VEIGA et al., 2017).

Foi percebido também um “silêncio” no que tange à sexualidade e às IST, que pareceu ter variação entre as gerações, pois, enquanto os homens mais velhos aprenderam “fazendo”, ou seja, dispondo apenas da prática sexual (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN, 2013), os homens mais jovens, devido à epidemia da AIDS que trouxe como consequência um discurso preventivo desde as suas infâncias (FONTANELLA; GOMES, 2015), afirmaram que tiveram oportunidades de debater a temática em alguns espaços sociais, como as escolas, mesmo que simplificarmente e com foco biológico, como retratado por alguns entrevistados:

E eles levavam livro, eu lembro que eles levavam livro de medicina e mostravam fotos. (H4, 33 anos)

Palestras na escola sempre foram[...] Geralmente eles iam turma por turma demonstrando como usar o preservativo, quais doenças que você poderia adquirir, essas coisas assim. (H9, 21 anos)

Pelo fato de a sexualidade pertencer à vida humana e ser expressa por meio de questões subjetivas como desejos, fantasias, pensamentos, crenças, valores e, ainda, envolver histórias, costumes e culturas sociais (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004), seu debate não pode se limitar a seu caráter biológico, que inclui as formas de contágio e a prevenção de doenças de cunho sexual. Considera-se que estes sejam aspectos extremamente válidos, porém, a educação sexual não pode se limitar a eles, pois, para atingir a integralidade, os profissionais não podem reduzir os pacientes a aparelhos ou sistemas biológicos, numa postura anatomopatológica, mas ter uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos (MATTOS, 2001).

Considera-se aqui que as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, em que próximo as suas residências devem ser acolhidos pelos profissionais de referência, de acordo com sua área de moradia, e o enfermeiro como integrante das equipes de Saúde da Família, deve estar capacitado e ter compromisso em

atender esses homens de forma integral, considerando suas necessidades e especificidades, seja em consultas, grupos ou através de outras ações.

Contudo, precisamos rever a forma de assisti-los e de orientá-los, pois muitas vezes chegamos com o conteúdo das “aulas” ou “palestras” prontos e os transmitimos aos usuários, como se fosse uma receita de bolo, como se algo tão subjetivo e peculiar como o exercício da sexualidade, pudesse ser vivido de forma tão trivial. O primeiro passo rumo a uma assistência mais efetiva, é ouvir o outro e, no caso dos homens, como sua assiduidade nas Unidades Básicas de Saúde é baixa, precisamos estar inseridos nos espaços sociais por eles frequentados.

Os profissionais de saúde devem estar abertos a escutar os homens e acolhê-los em suas dúvidas e angústias, inclusive na esfera da sexualidade. Então, sugere-se que espaços voltados para a educação sexual dos homens possam manter o diálogo franco e sincero considerando, principalmente, que as suas necessidades sejam criadas e/ou reformuladas visando a promoção da saúde sexual dessa população.

Sousa (2017, p.372) acredita que “desmembrar o foco da doença e atuar sob a ótica da saúde será, sem sombra de dúvidas, o caminho para completude da saúde do homem e no reconhecimento de suas prioridades afetivo-sexuais e reprodutivas”, mostrando ser urgente que o nosso discurso traga a sexualidade na perspectiva do prazer e do direito, e não voltado exclusivamente para evitar doenças, pois, a orientação sexual visa também desvincular a sexualidade de tabus e preconceitos, relacionando-a ao prazer e à vida promovendo, assim, a desvinculação entre sexualidade e doença ou morte (BRASIL, 1997).

Vários espaços destinam-se a campanhas educativas, mas aquelas voltadas à prevenção de IST acontecem nas Unidades de Saúde, nas escolas e até mesmo em outros espaços sociais. Mesmo assim, muitos homens pareciam desconhecer a sífilis antes do diagnóstico ou não ter ciência da sua gravidade, conforme descrito nas falas a seguir:

Eu não tinha conhecimento nenhum sobre sífilis, não sabia nada a respeito[...] Eu não sabia assim, exatamente, eu não sabia nada do que era. Eu sabia que era uma doença sexualmente transmissível, mas que eu não sabia sobre: nada de sintomas, nem de formas de contágio, eu não sabia nada a respeito (**H2**, 36 anos)

[...] Eu não sabia que era tão perigoso assim! (**H11**, 40 anos)

Eu peguei sem saber, e não sabia nem o que era a sífilis! Papo reto! Fiquei sabendo tudo depois! (**H20**, 26 anos)

Da primeira vez eu nem sabia que estava rolando essa epidemia, eu não conhecia o SUS, eu não conhecia, eu não tinha acesso[...]Pô para mim

doença sexualmente transmissível é gonorreia, candidíase! Para mim não se falava mais em sífilis.(H22, 40 anos)

A fragmentação das informações recebidas nas escolas, e ainda a orientação parcial fornecida a esses homens no decorrer de suas vidas, é explicitada em uma das narrativas:

A sífilis, na minha cabeça, era uma coisa que era, não sei, assim. Eu sempre estudei essas questões e sabia que podia ser genital também, porque quando criança, eles mostrava os livros com as doenças em si, acho que era meio que para chocar assim, sabe!? E você meio que criar uma repulsa[...],é porque eu acho que eu tive essa relação com o estudo de sífilis e doenças venéreas mais assim até a oitava, no segundo grau a gente começou a estudar mais biologia, e a entender mais outras coisas, falava-se em prevenção, mas era mais uma coisa, tipo: -Oh! Use camisinha, hein, gente! Não era uma coisa que se falava de doenças específicas. (H4, 33 anos)

Essas informações sinalizam, mais uma vez, ser importante que a discussão atinja os homens onde eles se encontra durante todo o seu ciclo vital, e não apenas nas escolas, durante a adolescência / juventude. Sabe-se, também, que apenas a informação é insuficiente para que incorporem um comportamento preventivo quanto às infecções sexualmente transmissíveis. Nesta área, são necessárias ações continuadas que possibilitem ao indivíduo elaborar o conteúdo ministrado, tendo em vista que ele tenha espaço para discutir os obstáculos emocionais e culturais que dificultam o seu comportamento preventivo (BRASIL,1997).

A revisão das práticas educativas precisam ocorrer com orientações que atravessem a barreira do: ‘-Use a camisinha!’, pois, a imposição pela relação de poder no controle da sexualidade, já descrito por Foucault (1988), parece ser ainda reproduzida nas ações em saúde e na relação profissional-paciente, fato bem explicitado por um dos entrevistados:

Então a gente precisa olhar as pessoas assim: Como cada um! [...]E ao mesmo tempo a gente é igual a todo mundo! Mas eu reajo de maneira diferente de você, em situações, eu vou reagir de maneira diferente. Porque você é diferente de mim, então a gente precisa não assim generaliza as coisas, entendeu!? Parece ditadura, né?-Use camisinha! Não use camisinha! Hoje alguém falou isso, eu disse:-Realmente! Essas campanhas são meio esquisitas!-Não faz isso! Não faz aquilo! Como assim: -Não faz isso!? Não faz aquilo!? Entendeu!?Quando eu falei para você que eu entrei no cinema e eu ficava completamente drogue com aquele negócio, era porque era mais forte do que eu! Então será que alguém no:-Use camisinha! Ia adiantar? Não sei! Não adiantou! Eu na rua passei o negócio para o menino, adiantou: -Use camisinha! Use camisinha!?! [...]Não adiantou! Você precisa ver as questões, entendeu!? Ir para um outro caminho, porque o meu caminho, é o meu caminho. Acho que as campanhas, esse cuidado ele precisa ter um outro olhar, entendeu!? Até comentei com você que alguém falou assim:-Use camisinha! Ou não use! Então as coisas não são de cima para baixo, entendeu!? Tem que ser assim{Aponta para nós dois, como se sinalizasse a entrevista como uma oportunidade de se expressar e ser ouvido}, porque se

não as pessoas não vão usar! Vão ficar cumprindo ordem? Elas precisam ter consciência, saber, se elas querem aquilo para sua vida ou se não quer. (H5, 54 anos)

Essa fala cheia de emoção e veracidade, fazem-nos refletir quanto a diversos aspectos. Ao relatar que “[...] cada um é um! E ao mesmo tempo a gente é igual a todo mundo!”, este homem demonstra o quanto é fundamental considerar o que há para além das peculiaridades que envolvem o público masculino, ou seja, as necessidades individuais dos homens, o que remete ao conceito de Leininger e McFarland (2015) quanto à universalidade e diversidade cultural, respectivamente, o que deve ser levado em conta nas práticas assistenciais.

As informações universais quanto às formas de contágio da sífilis, assim como a sua prevenção, são importantes, mas refletir com cada um desses homens a respeito de como inserir o preservativo nas suas práticas sexuais, com base em seus modos de vida e em seu contexto cultural, torna-se de suma importância para a efetividade das ações educativas, pois, como foi proposto por Leininger e McFarland (2015), a ação do profissional deve ter como foco central ajudar o outro a preservar a sua saúde, e isso não deve ocorrer de forma impositiva, mas sim discutida e dialogada.

A realização da pesquisa, associada ao tipo de método utilizado para a coleta de dados, permitiu a fala dos homens sem grandes interferências, possibilitando perceber algumas de suas necessidades individuais. Um fato identificado foi que dúvidas como: ‘Em que momento colocar a camisinha?’, ‘Através de quais práticas ou contato posso pegar a sífilis?’, podem fazer parte das inquietações dos homens, ou o que é pior, eles podem desconhecer essas informações e assim, não terem como refletir sobre o assunto. Essas questões precisam ser trabalhadas nas ações preventivas, fato evidenciado em uma das falas, visto que um dos entrevistados revelou que somente após ter adquirido a sífilis, teve ciência de que a transmissão não se limitava à penetração anal ou vaginal, como relatou:

Entendi que no roça-roça, por a sífilis ser altamente contagiosa, você pode adquirir algo que eu sinceramente eu não sabia. Para mim era só a penetração em si, que eu pegaria a doença[...] Na minha cabeça estava tranquilo, porque eu não estava entendendo que a sífilis quando a gente fala para usar a camisinha, e a camisinha a gente coloca para penetrações, e geralmente para penetração anal e vaginal, não para o sexo oral, por mais que a gente saiba que tem um risco também de acontecer. (H14, 29 anos)

Como as campanhas e protocolos assistenciais dão maior enfoque à sífilis gestacional, visando a prevenção da transmissão vertical, a infecção também foi associada por alguns homens como pertencente ao universo feminino ou à prostituição, como consta nas narrativas abaixo:

Na minha cabeça, como na cabeça de muita gente, é uma doença mais feminina do que masculina, só que eu caí na minha própria armadilha, do pensar assim. **(H4, 33 anos)**

O que eu ficava sabendo antes de ter sífilis, que sífilis era uma doença venérea, de prostituição, isso era o que eu na minha época, quando eu descobri que eu tinha sífilis, o que eu sabia de sífilis era isso, que era doença de prostituta, né!? **(H18, 47 anos)**

Estudo atual comprovou que os homens possuem menor nível de conhecimento quanto às IST do que as mulheres (FONTE et al., 2018) mas, nesta pesquisa, além do desconhecimento específico em relação à sífilis, algumas falas expressaram algo ainda mais perigoso, que é novamente a banalização da infecção:

Só a única doença que pegava de sexualmente transmissível, era essa, e tomava as injeções e se curava. **(H6, 56 anos)**

Não mexeu com a minha cabeça, porque dá na gente, não dá no poste! Não vou ficar preocupado com coisinha na minha cabeça: - Ah! Eu vou morrer com a sífilis!? Eu vou morrer com a sífilis, eu vou morrer com as perebas, eu vou morrer com o cabelo, eu vou morrer com a perna, eu vou morrer com o braço, eu vou morrer de uma maneira ou de outra, não sei quando, ninguém sabe! O futuro a Deus pertence. **(H8, 61 anos)**

Eu achava que não era tão perigoso assim. Agora que eu estou vendo, que causa várias coisas, nos nossos órgãos, na gente, né!? Para mim era normal, passava. Mas não, acaba afetando vários órgãos do nosso do corpo [...] Porque no começo eu nem ligava. **(H11, 40 anos)**

E depois eu peguei neurosífilis, porque isso aí é fácil de pegar, toda hora pega pega pega, eu já tive umas quatro vezes sífilis, até o ponto de ter uma neurosífilis. Bom, eu sou o seguinte, eu acho que a gente tem que fazer tudo o que tem vontade, morrer todos nós vamos, o importante é ser feliz! Como dizia o Cazuzá: -Pro dia nascer feliz. **(H13, 49 anos)**

As práticas educativas, para serem promotoras dos direitos sexuais e reprodutivos, requerem o envolvimento da equipe profissional responsável por estas atividades, em especial o enfermeiro e, para que essas ações contribuam para fortalecer o vínculo, a aproximação do serviço de saúde e oportunize a participação social, elas devem ser planejadas, dinâmicas e contextualizadas, reconhecendo o “Ser humano” em sua integralidade (PAIVA et al., 2016).

Na perspectiva de Mattos (2001), a implementação das políticas públicas de forma efetiva é necessária para que se consiga atingir o princípio da integralidade. E nesta conjuntura, a PNAISH (BRASIL, 2008) tem como um de seus objetivos, assistir o homem integralmente, considerando seus cenários cultural e social. Neste contexto, como já descrito anteriormente, a sífilis pode estar presente entre seus pares, seus familiares e até mesmo em

suas vidas. Sendo assim, esses homens podem ver na sífilis uma consequência comum e cotidiana de suas práticas sexuais, afirmação ratificada pelos frequentes casos de reinfecção entre os entrevistados, algo que é diagnosticado e tratado corriqueiramente, sem grandes repercussões como a morte ou a invalidez. E é nesse sentido que esses homens precisam ser alertados para os grandes impactos individuais e sociais que a infecção pode causar.

Uma das narrativas fez-nos perceber que além das consequências de ser a sífilis pouco informada junto aos homens, a própria infecção é pouco difundida, pois até mesmo um homem vivendo com HIV, realizando acompanhamento regular nos serviços de saúde, desconhecia a sífilis, como foi relatado por ele:

Para você ver, eu já estava contaminado com o HIV e não sabia da sífilis! [...] E mesmo eu já HIV positivo, [...], eu continuava bem desinformado, né!? Das doenças sexualmente transmissíveis e tudo. Porque a gente não tem essa educação, eu acho! A gente volta nessa questão da educação, a gente não tem! Aí entra a questão religiosa, um monte de coisa, né!? Parece que o governo também, imagina! As pessoas estão sem receber! Está entendendo? Chega num nível que se você não tem um amparo, você é entregue à sorte! É tudo muito incerto, né!? Então se você não tem conhecimento, não tem um cuidado, entendeu!? As coisas vão para um lugar que eu não sei para onde vai, porque é complicado! Se tivessem tido uma educação sexual eu *tinha* chegado a esse ponto? (H5, 54 anos) (grifo da pesquisadora)

Tinha? Certeza não temos! Mas, se este homem que frequentava o Serviço de Saúde, por estar infectado pelo vírus HIV que possui a mesma via de transmissão da sífilis, a desconhecia, refletimos aqui quanto aos demais homens que fazem parte do sistema de saúde, ou deveriam estar integrados a este, pois, certamente, em grande parte, devem desconhecer essa infecção e suas formas de transmissão e, pior ainda, muitos ainda podem estar infectados e não diagnosticados.

Outro fato relevante é que alguns homens, mesmo após o diagnóstico da sífilis, permaneceram com dúvidas com relação à infecção demonstrando que, mesmo em tratamento, não receberam esclarecimentos adequados a respeito:

Eu não sei se tem a ver sífilis com diabetes. Então eu vou dar até uma pesquisada a mais sobre essa doença, né!? Para ver o que mais acarreta, né!? (H1, 29 anos)

Agora eu não sei se voltou para mim o resíduo do passado, quando tive muitos anos atrás, que foi mal curada ou se eu peguei de alguém, eu não entendi, entendeu!? (H6, 56 anos)

Oh! Vou ser franco, relações sobre a sífilis, eu entendo nada. (H30, 65 anos)

Provavelmente por isso, após o diagnóstico, alguns homens buscam por informações e pesquisam, independentemente, a respeito da infecção, como relataram **H9**, **H11** e **H24**:

Porque eu acho que eu tenho que fazer exame de 3 em 3 meses acompanhamento, e ela {a esposa grávida} é a durante a gravidez toda. E isso tudo eu pesquisei![...]Pesquisei para me aprofundar no assunto, saber o que causa, a bactéria, como é o tratamento. Eu não sei muito te especificar como assim... (**H9**, 21 anos)

Agora estou raciocinando e estou vendo que a sífilis prejudica os órgãos da gente, se deixar ela mata a gente. Mexe com qualquer coisa. Vi na *internet* também algumas coisas da sífilis. Eu fiquei apavorado com o que eu vi! (**H11**, 40 anos)

Eu não sei se é uma doença também que vai ficar para o resto da vida em mim, se tem cura, se ela não tem, nisso eu sou leigo, mas eu tenho procurado me informar, com relação ao que eu tenho dentro de mim, entendeu!?(**H24**, 38 anos)

A iniciativa por buscar informações quanto à sífilis, de forma independente, pode ter como aspecto positivo o maior envolvimento do homem com seu estado de saúde, o que provavelmente favoreceria o seu autocuidado, contudo, o cuidado integral como proposto por Mattos (2001), envolve a responsabilidade dos profissionais de saúde e, nesse sentido, percebemos que provavelmente as equipes, ao realizarem o diagnóstico da sífilis, priorizam o tratamento medicamentoso, o que é indispensável e nesse momento, primordial; mas, precisa ser considerada a importância de dialogar com esse homem sobre a infecção, quanto às suas práticas sexuais e ainda acerca de mudança de hábitos, visando evitar casos de reinfecção por sífilis, assim como o contágio por outras IST.

Na busca por conhecimentos sobre a sífilis, a *internet* apareceu como fonte de informação utilizada pelos homens para melhor compreender o seu quadro clínico e tratamento, como retratado nas seguintes falas:

Então quando eu fui no médico, no clínico geral e ele falou que provavelmente seria sífilis, eu fui e joguei no Google e fui pesquisar o que seria.(**H2**, 36 anos)

Ah! Eu fiquei sabendo depois. Eu vi também na *internet* várias paradas, como é que é, e não é legal! Não é legal! Papo reto! (**H20**, 26 anos)

Então quando eu vi que eu estava nessa situação. Eu comecei a me informar, mas uma informação também mais ou menos, você vai no Google, você encontra qualquer negócio também! (**H5**, 54 anos)

Esta última fala traz a reflexão de que a facilidade de acesso à informação nem sempre acompanha a verificação da qualidade e veracidade das mesmas, o que pode resultar em informações distorcidas ou equivocadas, como foi perceptível nas seguintes narrativas:

Mas eu vi num *site* que no Brasil é extremamente rara, tipo tem cento e pouco mil pessoas infectadas por ano, não chega a ser uma epidemia, ou alguma coisa assim, mas é um número que vai aumentando conforme os anos também. (H9, 21 anos)

Olhei lá no *Google*®, lesões que coçavam, aí tinha algumas coisas lá: Tinha HPV, tinha também acho que ‘cardiloma’ e tinha sífilis! E próximo a tudo que eu estava apresentando, o que mais se equiparou ali, ao que estava acontecendo comigo foi a sífilis![...]Como a lesão ela começa com um incomodo, ela começa como se fosse uma coceirinha que arde, então eu percebia que ela vai se alastrando, e se eu não tivesse tratado, com certeza isso teria saído daquela região, eu já vi casos de gente que dá na mão também, aqui assim no peito. (H25, 26 anos)

As redes virtuais possibilitam a busca e o acesso a informações sobre diversos assuntos, podendo ainda favorecer a discussão em grupo quanto à temáticas de interesse público. Essa fonte de informação favorece a compreensão das doenças, seu tratamento e autocuidado, porém, a dificuldade para identificar a segurança e a veracidade do material, é um aspecto negativo deste meio de informação. Acredita-se, com isso, que a presença do enfermeiro no ambiente virtual, possa favorecer a divulgação de informações idôneas quanto ao cuidado e à saúde (SANTOS et al.,2016).

Os fatores tecnológicos são tidos como uma dimensão da estrutura cultural e social (LEININGER; MCFARLAND, 2015) e, neste sentido, a *internet* e os demais meios de informação digital, se bem controlados no sentido de garantirem conteúdo confiável, podem promover o acesso à informação pelos homens e favorecer o cuidado desses, no que tange à prevenção e ao diagnóstico precoce relacionados à infecção por sífilis.

Ferramentas digitais como *blogs*, meios virtuais, redes sociais e até mesmo *sites* institucionais ou de órgãos públicos, como Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, poderiam investir na divulgação de material específico para os usuários dos Serviços de Saúde, com linguagem de fácil compreensão e espaço para discussões e esclarecimento de dúvidas, pois esses meios de informação foram utilizados pelos homens entrevistados, de maneira independente, sem ter confirmação da veracidade das informações.

A internet não foi a única fonte de informação equivocada ou incompleta à que os homens tiveram acesso, pois estas foram oriundas, também, dos Serviços de Saúde, como podemos perceber nas falas a seguir:

Outra dúvida que eu tirei com ele, foi com o meu urologista que eu fui, ele me passou que quando 15 a 20 dias fazer novamente esse exame, para ver se o nível da sífilis se abaixou, porque quando eu fiz estava dando 1/16. Eu falei isso para o doutor que eu fui hoje, e ele me falou que não adianta fazer isso nesse período de 15 a 20 dias, porque ele me explicou que quando toma essa vacina é normal que aumente. (H1, 29 anos)

Só se cuidar, é prevenir. É uma coisa que eu não sei, depois que ela {esposa grávida} se cuidar e eu também, a gente pode ter relação normais sem camisinha? (H9, 21 anos)

É, o médico falou o seguinte porque como eu descobri o vírus do HIV, ele falou que essas doenças elas vão aparecendo no decorrer dos anos, mas se essa doença é para aparecer no decorrer dos anos, porque ela não aparecer logo, e veio aparecer agora!? (H17, 31 anos)

Como afirmado por Silva (2003), para que o profissional possa cuidar, ele precisa se informar; isso quer dizer que para prevenir, diagnosticar, e principalmente tratar a sífilis, considerando que neste último caso, ele está diante de um indivíduo que se expôs ao risco da infecção, foi contaminado e precisa ser sensibilizado quanto à importância da mudança de hábitos, numa perspectiva de reestruturação do cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2015), esse profissional deve buscar conhecer a infecção e suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, considerando ainda o acompanhamento sorológico que deve ocorrer posteriormente à terapêutica medicamentosa, como orientado em protocolo atual (BRASIL, 2015a).

Uma ferramenta interessante divulgada pelo Ministério da Saúde consiste em um diagrama bem didático (Figura B, a seguir) que aborda as formas de contágio do HIV envolvendo as práticas sexuais de maior/menor possibilidade de transmissão desse vírus (BRASIL, 2002c). Propôs-se aqui, para maximizar o nível de conhecimento dos profissionais e homens usuários dos Sistemas de Saúde, quanto às formas de contágio pela sífilis, que uma figura similar fosse elaborada.



Figura B - Diagrama quanto às formas de contágio do HIV
Fonte: BRASIL, 2002c.

Fato é que ter contato social com especialistas da área da saúde, favoreceu alguns entrevistados no que tange ao conhecimento quanto à infecção, garantindo-lhes maior segurança no seu tratamento, como descrito por **H14** e **H28**:

Eu liguei para um amigo meu que era infectologista, expliquei a situação para ele, e ele falou que podia ser um falso positivo, como não podia, e pediu tanto o VDRL novamente, quanto o FTA que é um exame que verifica o marcador de sífilis, beleza! (**H14**, 29 anos)

Meu conhecimento com a sífilis[...]Eu tenho uma tia que ela é enfermeira, e ela trabalha no centro de testagem também, [...] Isso desde muito novo, na minha adolescência ela já me passava, me mostrava as fotos de como que a doença se desenvolvia quando estava no estágio avançado, de quando as pessoas deixavam mesmo de lado. Me mostrava as fotos, então eu sempre tive muito cuidado com isso. (**H28**, 26 anos)

A proposta seria, então, que todos os indivíduos diagnosticados com sífilis recebessem tratamento especializado? A resposta para essa pergunta é **NÃO!**, visto que os protocolos

assistenciais (BRASIL, 2015a) são bem definidos quanto ao tratamento, as técnicas diagnósticas teoricamente são precisas e com proposta de expansão de oferta o que, a princípio, possibilitaria aos profissionais diagnosticar e tratar a sífilis adequadamente. Contudo, atender o homem na sua integralidade, também implica na responsabilidade dos profissionais que o assistem (MATTOS, 2001) e isso relaciona-se ao compromisso deles buscarem informações quanto à infecção e seu tratamento.

Consideramos aqui também a importância das instituições e das esferas públicas capacitá-los para o manejo da sífilis, visto que esta muitas vezes é confundida com outras doenças dermatológicas (MARQUES, 2009), sendo tido como um “grande imitador” (ARORA et al., 2013; SMITH; TANG; KADKHODA, 2015). E além disso, abrirem espaço para os profissionais discutirem casos clínicos específicos, assim dirimindo dúvidas e minimizando angústias e dificuldades que estes enfrentam, estas últimas vivenciadas na ponta do Sistema de Saúde e que podem ser identificadas somente por aqueles que estão de frente, assistindo esses homens em seus diversos cenários sociais, em seus lares e no seio familiar.

Quando os entrevistados referem-se ao seu conhecimento quanto à infecção por sífilis, novamente são evidenciadas falhas na educação sexual. Sabe-se que a sexualidade é importante no desenvolvimento físico e psíquico e que, além da potencialidade reprodutiva, relaciona-se ao prazer. Por estar presente na vida das pessoas desde o nascimento, manifesta-se distintamente de acordo com as fases da vida, sendo fortemente marcada pela cultura e padrões sociais que estabelecem regras para o comportamento sexual (BRASIL, 1998a).

Ao pensar no sexo masculino, Ribeiro, Russo e Rohden (2013) afirmam que os homens são percebidos como “naturalmente” sabedores de “como fazer sexo”, e que aprendem sobre o tema com a própria vivência, e não com manuais. Estes mesmos autores observaram em seu estudo, que os homens tinham dificuldade em assumir interesse por assuntos ligados ao aprendizado da sexualidade, o que diferiu dos homens deste estudo, visto que os entrevistados referiram em seus discursos, sentir falta da oferta de informações quanto à sífilis e à sexualidade. Essa escassez de informações parece ter um fundo mais tênue, que se traduz nos incipientes cenários e espaços disponíveis para orientação sexual, como é sinalizado pelos entrevistados:

E aí se deu assim, então... Muita desinformação, eu não tinha... Porque não tinha filme, não tinha novela, não tinha nada! É... Eu não tinha com quem dividir, com quem conversar[...]Porque eu não tinha! Eu não tinha na escola, eu era rejeitado! Em casa eu não podia conversar! Aí não tinha informação, uma conversa que me orientasse, então era tudo as cegas assim, entendeu!?[...]Será que se eu tivesse uma orientação sexual melhor, mais

informação, uma coisa de você lidar com isso de uma forma mais natural, será que eu chegaria nesse ponto!?![...]Será que se tivesse mais informação, mais cuidado, será que seria diferente? Será que se eu tivesse uma orientação diferente, eu teria procurado esses lugares, eu teria necessidade de estar nesse lugar? Não sei...[...]É tudo muito confuso, as pessoas jogam confusão na sua cabeça, entendeu!?! Não jogam esclarecimento, não te deixam assim a vontade naquilo que você é. Você precisa descobrir o que é que você é, e você ficar bem com você mesmo naquilo que você é, seja o que for!(**H5**, 54 anos)

No meu caso eu não tinha instrução em casa! As instruções que eu tive foram instruções de pessoas mais velhas, a maioria da igreja. (**H14**, 29 anos)

Lá em casa nunca foi falado sobre isso, era um tabu a sexualidade! Acho que todo mundo percebia que eu era gay, mas não queria comentar. Então eu ia saber através de colegas, através de escola, mas mesmo dentro de casa a gente conversar sobre tudo, a gente não conversava não! Minha família era uma família muito fechada! [...] Então foi muito assim, eu acho que AIDS, sífilis, e tudo, eu peguei mais por causa disso mesmo. (**H18**, 47 anos)

Porque eu não aprendi muito, não tive orientação nenhuma de pai e mãe. (**H32**, 48 anos)

O sexo e a sexualidade devem ser vistos com naturalidade e livres de censuras, devendo as pessoas abordarem a temática com diálogo, escuta e discussão, sem preconceitos (FONTE et al., 2018). No caso dos homens, eles experimentam maior liberdade sexual e, embora se tenha uma ideia de “aptidão sexual” masculina, o conhecimento sobre a sexualidade não lhes é inato e, como tal, precisa ser aprendido e/ou aprimorado (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN, 2013), visto que eles têm dificuldade para falar da sua sexualidade (SOUSA, 2017). É necessário investimento na educação sexual do público masculino, considerando suas especificidades no que tange à universalidade e à diversidade dos homens brasileiros, abrindo espaço para temas relacionados à sífilis e outras IST nos espaços frequentados por eles, assim oportunizando discussões e reflexões em torno da temática ‘sexualidade’.

Um dos espaços propícios para discussões e orientações nessa área, é o setor educação, visto que “a sexualidade está na escola porque ela faz parte dos sujeitos, ela não é algo que possa ser desligado ou algo do qual alguém possa se despir” (LOURO, 2011, p. 85). É comum os professores ignorarem, ocultarem ou reprimirem as manifestações de sexualidade, julgando que o tema deva ser abordado em casa. E certamente este tema é retratado entre as famílias, pois mesmo aquelas que nunca falam abertamente, trazem em seus comportamentos, expressões, proibições, valores relacionados à sexualidade apreendidos pelas crianças e, sendo esta também influenciada por outras fontes como livros, mídia e

peças do seu convívio, fazendo com que os alunos tragam essas questões vivenciadas por eles para a escola. Portanto, cabe a esta auxiliá-lo a desenvolver ações críticas, reflexivas e educativas, abordando a orientação sexual de forma transversal nas disciplinas, como forma também de promover a saúde das crianças e dos adolescentes (BRASIL,1997).

Considera-se aqui, mais uma vez, a importância dos profissionais de saúde no sentido de somarem forças com as famílias e o setor educação, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva desses homens desde a infância e adolescência, fazendo com que assuntos relacionados à área da sexualidade sejam debatidos e mitos, tabus e preconceitos sejam discutidos nos distintos cenários em que estes homens se encontram, favorecendo o exercício da sexualidade saudável, prazerosa e responsável.

Incluir a sexualidade é um desafio tanto para o setor da educação, como também da saúde. E numa das narrativas repleta de questionamentos e possibilidades, o quinto entrevistado traz provocações a nós, profissionais:

Então eu acho que a nossa relação com sexo é muito mal resolvida, a gente é muito reprimido o tempo todo, entendeu!? Então é uma questão muito delicada,[...]Então é o que eu falei, essas campanhas é quase um meio, enfim... Não resolvem, não resolvem. Por que as pessoas estão em *site* de pegação? Por que as pessoas estão nas saunas? Por que as pessoas estão em quantidade, né!? No cineminha pornô? Porque alguma coisa tem, entendeu!? Aí eu não sei... Vocês sabem? Vocês da saúde? Desse universo onde as coisas acontecem, nesse mundo, onde as coisas acontecem e acontecem desse jeito, entendeu? É punk o negócio! É uma brincadeira perigosa. Eu não sei se vocês estão ali! Vocês conhecem essas pessoas!? Estamos falando da história de cada um! Se vocês conhecem essas pessoas, entendeu!?(H5, 54 anos)

Esta fala em forma de reflexão questiona se, na prática, nós - enquanto profissionais de saúde – sabemos quem são esses homens, os homens a quem nos propomos assistir, os usuários do sistema de saúde, já que saúde é um direito de todos (BRASIL,1990).

Uma das dimensões da integralidade envolve a organização dos serviços de saúde (MATTOS, 2001). Percebe-se, com o recorte desta narrativa, que a assistência ou a promoção da saúde não podem se limitar aos consultórios de atendimento, isto porque precisamos entender quais são os locais frequentados por estes homens, o que os levam até lá e que tipo de relação estabelecem, o que requer o reconhecimento das individualidades e o respeito à liberdade no exercício da sexualidade, para que assim estratégias preventivas sejam traçadas, considerando a realidade desses locais que são frequentados pelos homens que nos propomos “cuidar”.

Figueiredo, Silva e Tonini (2017) descreveram que para estabelecer o cuidado, deve-se

considerar que cada sujeito tem suas particularidades e singularidades, trazendo consigo a sua história, experiências e forma de ser e viver. A revisão das nossas práticas e condutas demanda também a interação com o sujeito alvo do cuidado, e o Modelo de *Sunrise*, proposto por Leininger e McFarland (2015) traz esta perspectiva do cuidado de enfermagem intermediando as ações populares e profissionais.

Para a enfermagem garantir um cuidado adequado à realidade dos sujeitos, precisa conhecer o mundo vivido por eles e, principalmente, lidar de forma clara e sem julgamentos a respeito de assuntos da esfera da sexualidade auxiliando, assim, esses homens no conhecimento das formas de prevenção e contágio da infecção, o que se torna fundamental para o estabelecimento do cuidado preventivo.

Concordamos neste estudo que:

O conhecimento não é visto como algo situado fora do indivíduo, a ser adquirido por meio de cópia do real, tampouco como algo que o indivíduo constrói independentemente da realidade exterior, dos demais indivíduos e de suas próprias capacidades pessoais. É, antes de mais nada, uma construção histórica e social, na qual interferem fatores de ordem cultural e psicológica. (BRASIL, 1997, p.37)

Para Paiva et al. (2016, p.689), a educação precisa ser vista como “um processo de troca de saberes, oriundos de reflexão, questionamento e autoconhecimento” em que, com seus resultados, seja possível transformar realidades na vida pessoal ou profissional, assim como na sociedade. As mesmas autoras ainda acrescentam que os enfermeiros e demais profissionais de saúde, para aprimorar e reestruturar suas práticas educativas no campo da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, podem tomar por base as ações educativas do Movimento Feminista, que utilizavam os espaços de vivência e trocas de saberes para construir conhecimento, respeitando cada indivíduo como “Ser Único” com suas limitações e potencialidades e, nesta perspectiva, alcançando ainda o objetivo de valorizar a cidadania, o direito e o empoderamento.

O vínculo nas ações torna-se um elemento promotor de saúde e este é criado com estratégias que facilitem o acesso desse homem aos Serviços de Saúde, assim como garantindo que tenha um profissional de referência. Neste contexto, a ida dos profissionais aos espaços onde os homens estão, é tida como uma iniciativa válida (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016). Ações educativas de aproximação da população, que traga uma orientação dialogada e problematizada parece surtir efeito, tanto que um dos entrevistados vê a iniciativa como positiva e, nesse aspecto, críticas negativas são direcionadas à mídia por não retratar a problemática de forma enfática, como veremos a seguir:

Você não vê no Jornal Nacional, no Jornal da Globo®, sabe!? É uma coisa que você não vê! Só se fala da febre amarela, que esta meio na moda ai matar macaco e tal! Mas de sífilis eu nunca vi! Não sei se passou batido, e eu não percebi! Pelo que eu me lembro na minha memória, eu não me lembro de nada de sífilis na televisão! (H22, 40 anos)

No dia que eu vim aqui na Imuno, aí estava tendo a campanha da sífilis. {refere-se à Tenda da Sífilis, que é realizada periodicamente na instituição}, aí estava falando que a sífilis afeta muitos órgãos, afeta o ouvido, a visão, a pessoa fica calva, a pessoa fica com perda de libido, né!?[...] Então afeta muito os órgãos das pessoas, e isso as emissoras não falam sobre isso, e não dão importância para essa DST que também afeta a muitos pacientes, muitas pessoas, então eu queria que elas prestassem mais atenção sobre essa doença também para que ela não afetasse nenhum paciente, nenhuma pessoa. (H31, 32 anos)

Outros locais, como os meios de comunicação em massa, ao retrarem a sífilis podem despertar o homem para os males provenientes da infecção, como percebemos na seguinte fala:

Eu não tinha, o que eu comecei a ter de conhecimento foi pela televisão, no “Altas Horas” tem aquela mulher que fala sobre sexo, sexóloga, aí ela fala muito, e aí ela começou a falar, que até para fazer sexo oral teria que usar camisinha, para evitar doenças, aí ela cita como a sífilis e outras coisas.[...]E teve um programa de “Globo Repórter”, eu não sei o nome que passa dia de sexta feira, foi uma matéria lá em São Paulo, que fez teste com as pessoas, moradores de rua, pessoas assim mesmo, aí fez teste entre homens e mulheres, para saber quem tinha sífilis, e falou mais nessa matéria. Foi aí que eu passei a saber, a ter mais informação sobre sífilis. (H32, 48 anos)

Sabe-se que os meios de comunicação em massa facilitam a transmissão de informação quanto à saúde para a população (AZEVEDO, 2012; HELMAN, 2009), por isso, podem ser meios estratégicos de orientação de grande contingente populacional. Contudo, a veracidade das informações transmitidas, devem ser investigadas e, preferencialmente, trabalhadas em conjunto com os setores específicos. No caso da infecção por sífilis, torna-se interessante uma parceria com a área da saúde no debate da temática, que pode integrar o conteúdo de diversos programas em distintos horários atingindo, assim, um público bastante diferenciado.

Na década de 80, uma nova síndrome aparecia no mundo como doença não classificada, mas altamente agressiva e fatal que em pouco tempo tornou-se uma epidemia mundial, trazendo com ela muitas mortes, discriminação e preconceitos, o que tornou o HIV/AIDS rapidamente em um grave problema de saúde pública em todo o mundo (LEITE et al., 2005).

Com isso, a era AIDS parece ter trazido à tona as IST (TERTO JR., 1999) e, nesta

pesquisa, como já evidenciado em outro estudo comparativo entre homens de gerações diferenciadas (FONTANELLA; GOMES, 2015), a epidemia da AIDS trouxe um discurso preventivo em homens com uma vida sexual já iniciada. E as narrativas dos homens mais velhos contemplaram este momento de transição histórico-cultural, ocasião em que despertou nesses maior preocupação quanto ao contágio pelas infecções sexualmente transmissíveis e à importância das relações protegidas, o que parece ter acarretado uma mudança cultural no exercício da sexualidade masculina, como descrito nas falas abaixo:

A minha iniciação sexual na época não havia HIV, e não havia esse negócio de preservativo, muito não, não era cultural não! [...] E não era mais por causa de problema de AIDS, era desconhecido, entendeu!? O preservativo na minha época.[...]Eu peguei essa sífilis, e jamais pegavam, porque também depois foi de praxe o uso de camisinha, porque as coisas foram ficando ruim.(H6, 56 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu contraí doença com ela na época, porque não tinha, não consegui usar, acho que não tinha, na época não tinha camisinha ainda! Década de 80, né!?[...] Aí não tinha muito assim camisinha, quase não se falava nisso. Vieram a falar mesmo de camisinha assim, depois que a AIDS entrou no Brasil, 1980, né!? De lá para cá... Que aí o pessoal firmou mesmo com a camisinha. Agora tem que usar mesmo, não tem jeito, né! Ai que o pessoal veio a firmar mesmo isso. Eu cheguei a pegar gonorreia duas vezes com mulher, entendeu? (H7, 58 anos) (grifo da pesquisadora)

Só vim saber de doença venérea, foi quando apareceu a AIDS. Que dava na televisão, no rádio, fazendo campanha, né!? Aí que vim saber o que era isso. (H30, 65 anos)

O Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) mostra-se como a IST mais conhecida entre a população, até mesmo universitária (FONTE et al., 2018) e, provavelmente, por ser tido como doença incurável, apareceu nos discursos com uma relevância significativa. Em muitas falas, percebe-se que os homens consideram-no mais “perigoso” que a sífilis, conforme descrito nos seguintes relatos:

Existem umas brincadeiras:-Pá! Fulano está com HIV, está muito magro, não sei o que...Só que a sífilis não é uma coisa que é comentada, assim:-Pá! Fulano está com sífilis! (H4, 33 anos)

Então quando eu descobri foi um pouco mais leve, né!? Do que quando eu descobri o HIV, porque o HIV parece mais sentença de morte! E a sífilis até onde eu fui ler: Ah! Tomou o medicamento, já é tudo controlado! É diferente, entendeu!?[...]E outra coisa, quando eu fui contaminado e eu fui começar o tratamento aqui, eu não sabia nem da existência de sífilis! Porque é um assunto que nunca fez parte da minha vida! Para você vê como a gente é mal informado! A gente sabia da AIDS porque fica aquela coisa na nossa cabeça, mesmo assim eu fui contaminado! (H5, 54 anos)

Eu acho que as pessoas se acham mais seguras: Não! O problema é o HIV! Então eu me prevenindo do HIV, então as outras doenças são consequência. Isso aí eu posso me tratar, vou me curar em termos, me tratar ali por um tempo, eu vou tomar as vacinas e tudo, vai manter ela controlada, até então eu não vou precisar ficar tomando vacina para o resto da minha vida e muito menos medicamento para o resto da minha vida igual ao HIV. (H16, 34 anos)

Serinho, poderia ser uma AIDS ou uma parada doida aí, filho! Imagine se é uma AIDS! Se é uma AIDS eu estava ferrado! Pô! Se eu peguei a sífilis, filho, imagine se pegar uma AIDS[...], esse bagulho eu tenho o maior medo! Papo reto! (H20, 26 anos)

O temor do HIV, em detrimento da sífilis, esteve presente até mesmo nos discursos dos profissionais de saúde, segundo alguns entrevistados, pois um dos homens refere que quando sua parceira fez o diagnóstico para sífilis, a médica amenizou e disse que teve uma espécie de livramento, enquanto outro homem relatou que o profissional, ao diagnosticá-lo com sífilis, tentou tranquilizá-lo por considerar a doença algo menos grave que o HIV, como podemos identificar, respectivamente, nas seguintes falas:

A médica que ela {a parceira também diagnosticada com sífilis} foi perto da nossa casa, aí ela pegou e falou os sintomas, e ela falou que o namorado dela já fez e deu. Aí a médica chamou ela e falou: -Olha você deu muita soooorte, porque essa doença {a sífilis} quando vem, vem acompanhada com HIV, você deu muita sorte, você tem que agradecer muito a Deus por isso. (H6, 56 anos)

Não era uma coisa tão grave, como a AIDS, que ia ter cura. (H10, 18 anos)

Este discurso também foi identificado no cenário social dos homens, como se pôde perceber na narração de um dos entrevistados, das idéias, das conversas tanto com a sua tia, que é enfermeira, quanto nas palestras da escola:

A conversa aberta é que ela falava com a gente em família, né?: -Cara! No mínimo se pegar a sífilis, a sífilis tem tratamento, não sei o que lá! Mas se adquirir uma AIDS é para o resto da vida. (H9, 21 anos)

Uma informação chamou a atenção quando um dos entrevistados, por ser homossexual, revelou nunca ter pensado na possibilidade de ser contaminado pela sífilis, devido ao fato de ser o HIV a IST mais corriqueira no “Meio LGBTI”:

Eu acho que como tem esse estigma do meio GLS com o HIV, tem a sífilis com a mulher, assim, sabe!? Justamente por eu não ter contato sexual com mulher, eu acho que foi uma coisa que eu nunca parei para pensar. (H4, 33 anos)

O HIV/AIDS marca a história coletiva da homossexualidade, em que ambos os termos convergem para aspectos em comum como o silêncio, o segredo, a revelação e a ameaça de rejeição (TERTO JR,1996). O receio de adquirir o vírus HIV parece ser algo real frente à população LGBTI, embora o Ministério da Saúde não tenha disponibilizado, até então, dados irrestritos quanto à orientação sexual dos homens, o que já foi proposto por essa pesquisa anteriormente. Estudos como o de Guimarães et al. (2013) já sinalizam que os índices de sífilis entre os HSH apresentam-se elevados, fazendo com seja importante pensar em estratégias específicas para alcançar essa parcela da população.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, considerados um referencial para a educação no Ensino Fundamental (BRASIL,1997), determina que a orientação sexual seja um tema a ser abordado de forma transversal durante a escolarização, contudo, no detalhamento dos sete tópicos a serem trabalhados no eixo da prevenção das IST, apenas um orienta a trabalhar a existências das infecções transmitidas na relação sexual de forma geral, pois os outros seis trazem direcionamento específico ao HIV/AIDS.

Não desvalorizando o HIV como vírus incurável que, em muitos casos, requer uso de medicações ao longo da vida, aumenta os gastos governamentais através de tratamentos de longa data, por considerar o estigma social e a segregação a que seus portadores são submetidos e o risco de comprometimento de gerações futuras pela sua transmissão vertical, é importante ter em mente que a infecção por sífilis também pode comprometer órgãos internos e resultar na morte dos indivíduos por ela acometidos (AZULAY, 2013; BRASIL,2015a). E ainda, a avaliação de dados epidemiológicos que permite a verificação de que a partir do ano de 2012, o número de casos de homens notificados com sífilis, além de ter crescimento gradual, tem sido maior do que os notificados com HIV (BRASIL, 2017a,b).

Este fato deve ser levado em consideração pela Vigilância Epidemiológica e também pelos profissionais de saúde em suas práticas assistenciais, inclusive informando aos homens quanto à magnitude da sífilis entre essa população, visando com isso chamar atenção para o risco real a que eles podem estar sujeitos, além das formas de contágio da infecção, assim promovendo o cuidado preventivo por parte desses.

O termo “Prevenção combinada do HIV” é uma estratégia de prevenção que combina a abordagem biomédica, abordagem comportamental e abordagem estrutural para a prevenção do HIV e dos fatores associados a esta infecção (BRASIL,2017c). E nas narrativas duas intervenções biomédicas, baseadas no uso de Terapia Antirretrovirais (TARV) apareceram como fatores que podem favorecer o contágio pela sífilis. A primeira foi o uso da Profilaxia pré-exposição (PREP) como fator facilitador para o sexo sem proteção, situação que

vulnerabiliza o homem a adquirir outras infecções sexualmente transmissíveis, como é narrado abaixo:

Mas até então isso vai de cada um, na minha consciência nem sempre a pessoa pode estar fazendo uso do PREP, mas o PREP não previne de todas as doenças, somente do HIV, então assim, querendo ou não, ainda corre o risco da pessoa contrair outras doenças! Não tão prejudicial igual ao HIV, mas outras doenças mais superficiais, né!? Mas até então o bom é que se previne mesmo da doença fundamental que é o HIV, que é a pior! (H16, 34 anos) (grifo da pesquisadora)

Algo curável, acho que é isso que esses colegas que fazem PREP, que estão transando desenfreadamente sem camisinha levam em consideração:-Ah! Sífilis toma antibiótico.(H27, 35 anos) (grifo da pesquisadora)

A PREP refere-se ao uso da medicação antirretroviral contra o HIV por indivíduos que não estejam infectados por esse vírus, mas que se encontram em situação de risco elevado. Contudo essa integra a estratégia de prevenção combinada, em que se busca obter o máximo de impacto na prevenção do HIV pela combinação de estratégias (UNAIDS, 2017). Neste âmbito, a adesão ao uso do preservativo estaria integrada como uma das outras ferramentas orientadas para evitar a contaminação mas, principalmente, nesta última fala, é percebido que isso não vem acontecendo, provavelmente pela maior preocupação pela contaminação pelo HIV, o que seria minimizado pelo uso da PREP.

O enfrentamento das IST requer empenho em dar visibilidade às outras infecções transmitidas pela relação sexual, além do HIV, pois, enquanto o seu tratamento evolui, outras infecções como a clamídia e a gonorreia estão se tornando incuráveis devido à resistência aos antibióticos (FONTE et al., 2018). Acrescentamos ainda a informação de que as taxas de sífilis adquirida, gestacional e congênita tornam-se cada vez mais alarmantes (BRASIL, 2017a).

Ao incluir os indivíduos no programa para uso da PREP, estes devem ser muito bem orientados quanto aos riscos provenientes das relações desprotegidas, como no caso do contágio pela sífilis, assim como acerca dos males que as outras IST podem provocar. É importante ainda divulgar estas informações ao restante da população, para ciência de que o uso da PREP não exclui a indicação do uso do preservativo. O enfermeiro e os demais profissionais de saúde, ao repassarem estas informações, podem estar auxiliando os indivíduos quanto à preservação e cuidado com sua saúde, que é uma proposta da Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER; MCFARLAND,2015).

O segundo fator mencionado, e correlacionado a prevenção combinada contra o HIV, foi atrelado ao Tratamento das Pessoas vivendo com HIV, com a TARV, que vislumbra além

de garantir o tratamento individual, reduzir a transmissão do HIV na comunidade (BRASIL,2017c). E acreditamos aqui que a TARV é um recurso de suma importância para estes fins citados, contudo, o conceito de que “indetectável não transmite”, ouvido por mim em algumas ambientações e perceptível em algumas narrativas, causa certa preocupação pela possibilidade de facilitar o não uso do preservativo, o que favoreceria o contágio, tanto pelo HIV de relações entre indivíduos soro discordantes, como a troca de sorotipo de HIV proveniente de relações em que ambos os indivíduos vivem com HIV e ainda, a contaminação pela sífilis ou outras IST:

O bom seria se você tivesse alguém para você ter relacionamento, mas que a pessoa tivesse também mesmo problema que você, sendo soropositivo, mas que se cuidasse, se medicasse, e que se tornasse indetectável e tudo, e que você só tivesse relação com essa pessoa mesmo, sem a pessoa também estar enfim, de traições com você lá fora, pegando outros, enfim, para não te passar doença, né!?(H16, 34 anos)

Porque meu HIV é ao contrário, eu ganhei o HIV, eu não transmito! Não é que eu não transmito! Pode ser que algum dia o remédio falhe, a camisinha estoure e eu passe para alguém. Mas o médico falou que isso só vai acontecer assim só de 1 em 1 milhão, de risco, que é muito pouco. (H17, 31 anos)

Ah! Isso foi uma grande loucura que eu fiz na minha vida, porque ele tem carga viral zerada, até hoje eu tenho acesso aos exames dele, a gente conversa muito, mas é confiar demais na ciência! Em que diz que carga viral zerada não transmite, de fato não transmitiu, a gente transou sem camisinha por uns dois meses. A gente faz cada coisa por sentimento, né cara!?[...] Eu tinha quase a certeza que ia ficar tudo bem, mas eu não tinha o direito de me arriscar! Mas assim ele é aquele tipo de HIV positivo que toma as medicações, vai em todas as consultas, faz todos os exames, e talvez às vezes isso tenha me dado um pouco de tranquilidade, mas não faria de novo! (H27, 35 anos)

Por isso, enfatiza-se a importância de que durante o acompanhamento dos indivíduos vivendo com HIV, os profissionais estejam atentos para informar aos pacientes quanto à possibilidade de falha terapêutica, o que poderia acarretar aumento da carga viral e das chances de contágio pelo vírus. E também, que no planejamento das ações preventivas na área das IST/AIDS, considere-se com certa especificidade os indivíduos com sorologia reagente para o HIV, visto ser comuns a co-infecção HIV/sífilis (GUIMARÃES et al., 2013), dado identificado também nesta pesquisa, pois a busca por indivíduos com diagnóstico de sífilis, resultou em uma população em maior parte, também infectada pelo vírus HIV (65,6%), sendo importante informar-lhes quanto à possibilidade de infecção por sífilis e também do maior dano orgânico que esta infecção pode causar na presença do HIV como, por exemplo, a sífilis

maligna precoce (AZULAY, 2013).

Outro fator que surgiu nas narrativas como atrelado ao exercício da sexualidade, foi o uso de substâncias químicas, exemplificadas pelos entrevistados como álcool e a maconha, na perspectiva de aumento do prazer e emoções (FONTE et al., 2018), como forma de favorecer a desinibição e até mesmo a aproximação dos parceiros, o que também já foi identificado por Cárceres (1999) e está presente nas narrativas abaixo:

E aí chegou a faculdade mais bebida, mais vontade de sexo,[...] Incluindo álcool, né!? E enfim... Eu também comecei a fumar maconha. Então, com a inclusão desses dois aditivos.[...] eu percebia que toda vez que eu bebia álcool era justamente isso assim, eu não tinha apetite sexual, eu não tinha vontade de sair com ninguém. Era uma coisa que eu tinha que ser feliz assim, dançar e viver. E a maconha foi justamente isso assim, é[...]em algum momento eu comecei a perceber que ela me dava apetite sexual. E ela me deixava muiiiitooo à vontade para fazer tuuudo que eu queria. (H4, 33 anos)

É já aconteceu, com mulher mesmo assim, né!? De estar bebendo assim, né!? Já umas três vezes. Lá onde eu moro, acontece muito isso. Tá bebendo assim aí aparece aquela menina assim: -Paga uma cerveja! E para pra conversar, aí se atrai e acaba saindo, né!? Aí já aconteceu uns lances assim. E os caras também, os caras chegam. (H7, 58 anos)

Sabe-se que o consumo de bebida alcoólica é fortemente controlado por regras culturais (HELMAN, 2009). O consumo alcoólico parece ter grande representação na vida dos homens, atrelada à masculinidade porque, além de promover uma socialização entre os seus pares (FLACSO, 2012), há um estímulo externo para o consumo do álcool e o seu não uso pode trazer atritos e desconfortos nas relações sociais, como foi dito pelo quarto entrevistado:

Você está numa noite e tá todo mundo assim... Tanto que hoje eu peço guaraná, porque tem o aspecto meio de cerveja, aí todo mundo bate o olho no copo, tipo: -Ah! Tá bebendo! Aí não fica enchendo o saco[...] Suco de laranja... É tipo pedir a morte, né!?É parar de fazer amigos[...] E aí eu peço guaraná Antártica®, que é uma coisa que dá uma disfarçada. (H4, 33 anos)

Percebe-se que a bebida alcoólica é um meio de socialização real entre os pares, algo que possibilita maior aceitação no grupo social. Contudo, a desinibição e aproximação das parcerias sexuais causada pelo uso dos aditivos, requer um olhar atento para maior cuidado protetivo contra a sífilis e outras IST.

Amoras, Campos e Beserra (2015) referem que além do baixo conhecimento e informação quanto às IST, outras situações vulnerabilizam os indivíduos ao seu contágio, estando dentre estas alguns fatores culturais e a dificuldade para usar o preservativo. O uso do álcool esteve ainda diretamente relacionado ao sexo sem proteção, o que foi referido por

quatro homens e tido aqui como um fator que vulnerabiliza ao contágio pela sífilis ou outras IST, como podemos identificar nos seguintes depoimentos:

Como eu já tive amigos também que já transaram com essas meninas {Garotas de programa}sem camisinha. Eu, teve só uma vez que eu transei, cheguei a transar com uma delas sem camisinha. Eu tinha bebido bastante, eu estava na casa e tinha bebido bastante, e começamos com camisinha, mas não estava legal, eu já tinha um conhecimento com ela, eu já conhecia ela já a algum tempo, acabamos transando sem camisinha. (H1, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

[...] quando você bebe, você acaba, sei lá, acaba transado sem camisinha, sem se prevenir, e a gente acaba indo naquela da emoção, do momento. (H3, 41 anos) (grifo da pesquisadora)

[...] you está bebendo, aí você começa a sentir desejo pelo outro, que você quer sair, que você quer transar. Aí chega na hora H, você nem pensa no preservativo, você só pensa em transar! Você só quer sentir prazer!(H17, 31 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu estava num intercambio na Irlanda, e eu fiquei lá 3 meses. Lá tem muito brasileiro, muita cerveja, e numa dessas noites que eu saí, eu bebi muito, não vou colocar a culpa na bebida, porque eu estava consciente do que eu estava fazendo, mas obvio que a bebida ela te instiga a fazer besteira, e aí eu transei sem camisinha com um rapaz. E depois numa outra noite, que eu bebi, saí, e transei com outra pessoa, sem camisinha também!(H28,26 anos) (grifo da pesquisadora)

Mais de 70% dos HSH de um estudo realizado em Belo Horizonte (MG), alegaram já ter mantido relação sexual recente, sob o efeito de álcool ou outras drogas (GUIMARÃES et al.,2013), assim como 40% dos homens de outro estudo (ABDO,2004). A bebida alcóolica é uma substância psicoativa, com uso permitido por lei, sendo atrelada ao universo masculino. Percebe-se isso através de alguns fatores de morbimortalidade associados a ela, mais frequente em homens do que em mulheres (FLACSO, 2012). No processo de socialização, os meninos são estimulados às atividades mais ousadas pertencentes ao universo externo, em que o uso da bebida alcóolica pode garantir maior desinibição e favorecer as relações.

O uso da bebida alcoólica evoca aspectos psicológicos, sociológicos e culturais, dentre outros e as políticas específicas para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pertencem ao campo da saúde mas, de forma mais ampliada, deve ser tema de debate nos mais diversos setores sociais, como nos ambientes de trabalho, nas unidades de saúde, nos meios de comunicação etc. O uso de drogas e álcool causa alguns danos como, por exemplo, as IST (FLACSO, 2012).

Alguns desses danos são mais visíveis ao se retratar o uso de álcool como, por

exemplo, as mortes por causas externas e a violência; contudo, nesta pesquisa, a bebida alcoólica foi relacionada como um fator negativo para o uso do preservativo, sinalizando a importância de trabalhar esta questão nas ações educativas na área de prevenção das IST, ocasião em que o enfermeiro poderá capacitar esses indivíduos para terem decisões mais assertivas, em meio a uma sociedade em que a bebida alcoólica é bem aceita e até mesmo estimulada. Nesse contexto, as ações educativas do enfermeiro, podem favorecer condutas mais saudáveis na vida dos homens, tendo em vista a prevenção da infecção pela sífilis.

Nesta perspectiva, o PSE contempla numa de suas linhas de ação, a realização de atividades que retratem os riscos e danos do uso de álcool e outras drogas no cotidiano escolar (BRASIL, 2011b). Por isso, a escola novamente mostra-se como um cenário possível para trabalhar a temática, de forma a refletir o uso de álcool e sua associação com as IST, visando formar e estimular hábitos mais saudáveis, não na perspectiva de proibir seu uso, mas voltado à ação de repadronização do cuidado cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015) em que se vislumbra o uso moderado da bebida alcoólica e o estímulo ao uso consciente do preservativo.

A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural considera como ação do cuidado, além da repadronização e preservação, a acomodação/ negociação do cuidado cultural, que consiste em adaptar com a pessoa o cuidado congruente, seguro e efetivo para a saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Considerando a relação casual, assim como a multiplicidade de parcerias sexuais e as práticas sexuais como um direito a ser exercido por esses homens, atenção deve ser dada em desestimular o uso abusivo e descontrolado do álcool e, principalmente, em reforçar o uso do preservativo nas relações. Através da negociação com esses homens, um maior cuidado protetivo pode ser facilitado pela criação de estratégias, como levar a camisinha consigo nas ocasiões em que for utilizar essas substâncias, pois, tê-la disponível poderá favorecer o seu uso.

O não uso (ou uso inconstante) do preservativo, é associado ao contágio pela sífilis (REPISO et al., 2010), mas o uso regular do preservativo parece ser um grande desafio na vida de muitos entrevistados, assim como para outros indivíduos do seu meio social e cultural, como está explícito nas falas:

Mas é isso! Então acho que realmente, até pela pesquisa que está sendo feita, eu acho que hoje em dia as pessoas não estão se preocupando muito com a contaminação não, o objetivo é mais por aí. E a juventude transando sem camisinha. Até na questão heterossexual, eu tenho amigas, amigos e amigas que meus amigos mostram para mim, os novinhos, uma porção de mulheres peladas que transam tiram foto, e despacham pela internet e tudo. (H13, 49 anos)

Eu já saí com um rapaz que durante o sexo oral eu coloquei o preservativo nele, sem usar as mãos, né!? E quando eu terminei de fazer sexo com ele, ele me penetrou, ele me segurou. Eu até pensei assim: Meu Pai do Céu, será que eu sujei o pau do bofe? Aí eu falei assim, e ele: - Que parada é essa aqui!?!- Isso aí que eu sei, se chama camisinha! -Pô! Isso estava dentro de você, cara! Eu falei assim: -É! Vai ver que tinha quatro cocozinhos que seguraram para você! Deixa eu ir embora! Porque o cara não percebeu, e faria sexo comigo sem camisinha, como já deveria ter feito naquela noite! (H15, 45 anos)

E muitos homens hoje, muitos homens falam, não é só eu, não! Tem homem que fala:- Ih! Eu não vou usar aquilo não! Ih! Sai fora! Vai pegar doença nada! A pessoa é limpinha, a gente vê que a mulher é limpinha e o cara também, não tem nem doença. E vai assim, muita gente não gosta! Essa garotada nova, a maioria, não usa, pode crer que não usa não, sai com as garotas e não usa, a gente sabe que aquilo tira o tesão, eles dizem que aquilo tira o tesão da pessoa para fazer, aí eles não usam, a maioria não usa.(H19, 65 anos)

Eu não sei o resto da população! Eu não sei o que cada um pensa, apesar de ver muita gente transando sem também! (H22, 40 anos)

O meio ambiente é a principal construção da Teoria do Cuidado Cultural, já que ele fornece informações sobre expressões de cuidado, significados e padrões de vida dos indivíduos, grupos e famílias (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Nesse sentido, Laraia (2001,p.45) acrescenta que “o homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado”. E a identificação de ser o uso da camisinha uma dificuldade, um impasse real na vida dos homens e de seus pares, demonstra que este é um fator relacionado aos estilos de vida desses homens, algo expresso em seu meio social por ser culturalmente produzido e reproduzido no universo em que estão inseridos.

Por outro lado, o mesmo autor (Op. Cit.) acredita que a manipulação adequada do patrimônio cultural, por toda a comunidade, pode possibilitar inovações. Seria assim a perspectiva da repadronização do cuidado, proposta por Leininger e McFarland (2015), pensando em reestruturar o modo de vida desses homens, pensando junto a eles em forma mais assertiva de exercer a sexualidade.

Araújo (2007) acredita que para ser possível atingir uma prática que atenda à integralidade, o trabalho em equipe precisa ser efetivado, assim como as ações intersetoriais. Percebe-se a importância da atuação conjunta com a escola, em que a educação sexual esteja presente desde a infância, perpassando pela adolescência e as demais fases da vida, buscando inserir o preservativo como algo comum no contexto da relação sexual, mal comparando, como o hábito de acordar e realizar a higiene oral, hábito naturalmente aderido pela

sociedade. Numa perspectiva, em fase precoce da vida, preferencialmente antes da sexarca, da incorporação do preservativo nos roteiros sexuais, visto que estes estabelecem uma sequência das atividades apropriadas para a conclusão do comportamento com êxito (GAGNON, 2006).

Tem-se ciência que inserir o uso do preservativo no início da vida sexual, nem sempre é algo frequente na vida dos homens (SILVA et al., 2015), muito menos garantir a sua utilização no decorrer da vida, como já apontado por outra pesquisa realizada com adolescentes do sexo masculino, na cidade de São Paulo (JARDIM; SANTOS, 2012), mas o estímulo à sua inserção cultural nas relações sexuais, poderá favorecer a mudança de práticas culturais de toda uma sociedade, embora isso vá requerer o envolvimento dos profissionais de saúde, da educação, das famílias e de toda a sociedade.

Nesta perspectiva, é percebido que as questões relacionadas ao não uso da camisinha precisam ser trabalhadas também junto aos homens já iniciados sexualmente, auxilia-nos na busca pela repadronização deste cuidado com homens adultos e na terceira idade, reconhecendo a capacidade de adaptação dos seres humanos mediante a circunstâncias novas durante todo o ciclo vital, em que se sabe ainda que os roteiros sexuais não são fixos, podendo ser manipulados (GAGNON, 2006). Nesta pesquisa, diversos apontamentos surgiram como justificativa para o não uso do preservativo: o medo de atrapalhar o desempenho sexual, por atrapalhar a ereção e o comprometimento da sensação de prazer, como já evidenciado em outro estudo com jovens de sexo masculino (JARDIM; SANTOS, 2012) e também expresso nas narrativas a seguir:

A questão não é que é difícil, a questão é que eu acho que não é a mesma coisa, ter a relação sexual com ou sem camisinha, eu acho que com camisinha, sei que é questão de proteção, mas a questão de usar com a camisinha, acredito que não é a mesma coisa, você não sente aquele fervor, aquela quentura de poder estar ali fazendo, parece que você está ali penetrando, mas não está sendo a mesma coisa,[...] É difícil usar porque há casos e casos, então não me adaptei a usar a camisinha, até por isso mesmo, de não sentir aquele prazer como se sente sem a camisinha, entendeu!? (H1, 29 anos)

Aí às vezes pessoa está na hora, no momento ali, acha que se botar vai perder um pouco a vontade, não sei. Isso acontece muito no homem né, porque o homem acha que quando vai botar a camisinha, parece que vai brochar, sabe como é!? Já acontece isso com a pessoa. Comigo já aconteceu uma vez isso, na hora de botar.(H7, 58 anos)

É incomoda, pelo seguinte, porque você não sente o contato com a pele, e às vezes a pessoa que está com você, só pelo fato de colocar a camisinha, perde a ereção, não se adapta, porque é diferente, entendeu!? O plástico é diferente, não é mesma coisa do que você transar sem o preservativo. (H13, 49 anos)

Qualquer um broxa! Entendeu!? Realmente é broxante! Para mim também seria broxante! [...] você parar para falar:-Vamos se prevenir! Acaba meio que esfriando um pouco, aí às vezes a pessoa meio que perde o interesse. Eu mesmo também, meio que perco o interesse!(**H16**, 34 anos)

Não! Nunca gostei de usar! Até hoje eu não gosto de usar, de jeito nenhum! Mesmo que eu fosse transar com garoto, com mulher e tudo. Eu não gosto de usar, eu acho uma nojeira aquilo! Aquilo tira o paladar, o gosto de transar com a pessoa! Tira o prazer aquilo na frente! Pô!(**H19**, 65 anos)

A preocupação em manter a ereção é um receio relacionado aos rapazes por ocasião da relação sexual (GAGNON, 2006). Muitos homens sentem-se inseguros e evitam “complicações” no momento da relação sexual, com receio de comprometer seu desempenho, já que ‘vestir’ a camisinha pode ser um fator complicador nesse contexto (ABDO, 2004). O medo de “broxar” parece desestimular a adesão ao preservativo, mas tanto este quanto a associação da diminuição do prazer, descritos pelos homens, poderiam ser trabalhados com esta população e pensamos que o uso habitual do preservativo poderia garantir maior desenvoltura na perspectiva de dar habilidade a estes homens para a sua utilização, vislumbrando que seu uso não comprometa a sensação de prazer esperada na relação sexual.

Uma fala em especial, descreve o comprometimento da sensação de prazer que, na visão do entrevistado, é provocada pelo uso do preservativo, contemplando críticas negativas quanto às campanhas educativas:

Acho que o grande prazer do sexo é sem camisinha! A verdade é essa! Todo o resto é hipocrisia, é demagogia! É igual droga! É igual campanha de droga! Eu não vejo campanha de drogas falar que droga é bom, que droga dá uma maior onda! Só vejo falando que é uma merda, que é um perigo! Sim é uma merda, é um perigo, faz mal a saúde, mas ninguém ensina que é bom pra caceta usar aquilo! Mas você não pode usar porque vai prejudicar sua mente e sua saúde! A camisinha é a mesma coisa, todo mundo incentiva como se fosse uma festa usar a camisinha! Não! É uma merda! É horrível!(**H22**, 40 anos)

Araújo (2007, p.151) ressalta que seja “fundamental que o aconselhador e o cliente tornem conscientes do papel um do outro, não considerando nem tratando como seu objeto de trabalho, mas como parceiro num momento da vida”. E é justamente isso que o vigésimo segundo entrevistado destaca em sua fala: a importância de franqueza e diálogo aberto nas ações educativas e na sensibilização do homem quanto à importância do uso do preservativo, o que certamente não ocorre em ações pontuais, muito menos naquelas direcionadas a uma grande massa, como se todos os indivíduos vivessem num mesmo contexto.

A dificuldade para negociar o uso do preservativo, que ocorre também no universo feminino, como já demonstrado por outros estudos (SILVA, 2003; CAMPOS et al., 2012), não é uma barreira vivida com exclusividade pelas mulheres e pode, mais uma vez, indicar a supremacia do poder centralizado no homem “heterossexual”, pois esse fator negativo surgiu nas narrativas dos HSH, como é descrito nas seguintes falas:

Já aconteceu de a pessoa está na hora também e falar: - Ah! Não vou botar isso não, aqui não usa isso não. (H7, 58 anos)

[...]porque o preservativo incomoda a mim, e incomoda também, as vezes a pessoa que esta comigo, então as pessoas não gostam de usar, e eu também às vezes, não uso. Entendeu!? (H13,49 anos)

Quando eu era ativo, eu usava o preservativo, mas quando ele era o ativo ele não usava, ele não gostava! Eu sou versátil, eu sou ativo e passivo, eu não tenho problemas com isso! (H15, 45 anos)

Mas será que aquela pessoa vai usar camisinha comigo? Será que aquela pessoa ela vai se preservar comigo? Muitos pensam assim:-Não eu tenho aqui no bolso!No bolso fica, no bolso nem sai a camisinha, fica no bolso, nem sai, fica no bolso mesmo! (H17, 31 anos)

Vavassori (2013) descreve o estigma como uma terminologia que coloca o indivíduo numa posição depreciativa. Esta autora classifica os tipos de estigma entre sentido e sofrido, em que este primeiro está atrelado à vergonha e ao medo de ser discriminado, representado, no caso da pessoa vivendo com HIV, pelo medo de contar a alguém sua soropositividade. E neste estudo, foram percebidos casos em que o homem tem dificuldade de negociar o uso com a sua parceria sexual pelo receio de suspeita de alguma doença contagiosa, fala comum nos indivíduos vivendo com HIV/AIDS, como consta nos relatos abaixo:

Eu fico ainda com resistência de colocar o preservativo, eu coloco o preservativo se alguém faz o sexo oral em mim, a pessoa:-Ué! Mas por quê? Tem alguma doença? -Ah! Por quê? Tem alguma doença? A pessoa pergunta, porque nada justifica se a pessoa está afim de fazer sexo oral em você sem o preservativo, nada justifica de eu querer o preservativo, entendeu!? O contrário sim:- Não chupo sem camisinha!(H15, 45 anos)

E se você usa uma camisinha, ou tira do bolso uma camisinha, o parceiro já acha uma coisa estranha de você estar querendo usar camisinha, eles não entendem que para a segurança dos dois o melhor é sexo seguro com camisinha, as pessoas acham que você já está doente porque você está querendo apresentar uma camisinha para usar.(H32,48anos)

Estudo recente que objetivou identificar as publicações sobre sexualidade e direitos reprodutivos em adolescentes vivendo com HIV/AIDS (BRAGA, 2017), detectou que esses jovens também apresentam dificuldade de negociar o uso do preservativo com suas parcerias sexuais, por terem receio de que a insistência para o uso da camisinha possa levar a uma revelação de seu diagnóstico, o que também foi evidenciado entre os homens desta pesquisa. Estas informações alertam para a importância de direcionar ações específicas a estes homens que os auxiliem a ter segurança e postura mais assertiva para aderir ao uso do preservativo, visando contribuir para bloquear a cadeia de transmissão do HIV e de outras IST, como a sífilis na comunidade.

Em estudo realizado em Lima (Peru) com rapazes bissexuais, que praticavam sexo comercial, Cárceres (1999) identificou que o atributo simbólico da masculinidade pode ser perdido pela prática de alguns tipos específicos de contato sexual, como a penetração anal passiva e o sexo oral. E esses homens que não se reconhecem como homo/bissexuais, às vezes negam-se a utilizar o preservativo por não se sentirem sujeitos à infecção, pelo fato de não se incluírem na posição de homo/bissexual (BRASIL, 2002c).

Nesta pesquisa, a adesão ao preservativo entre os pares, no caso dos homens gays, também foi dificultada quando estes se relacionavam com parceiros que se recusavam a praticar relação sexual oral ou anal receptiva e que, provavelmente, atrelavam a importância do uso do preservativo exclusivamente a esse tipo de contato sexual, como contemplado na fala abaixo:

Às vezes é isso, o cara é bissexual para hetero, né!? Mais masculinizado, a fim de fazer sexo oral em mim, mas quando eu vou colocar a camisinha: -Vai colocar camisinha por quê!? Não vou te dar não! -Não dou não! Eu só chupo e olhe lá! Entendeu!? Aí eu travo! E acaba rolando o sexo oral, eu sendo o ativo, sem proteção! E neles também, neles eles costumam reclamar menos, quando eu estou com camisinha e quando eu lembro de colocar, eles não se queixam! (H15, 45 anos)

Essa fala demonstra que a população masculina não tem informação adequada quanto às formas de contágio pelas IST, o que faz necessário continuar investindo em ações educativas com fins de orientação devendo, para isso, utilizar os espaços frequentados por estes homens, assim como as mídias e os demais meios de informação, pois estes já demonstraram ser espaço em que os homens adquirem informações a respeito de práticas de sexo protegido (JARDIM; SANTOS, 2012).

Aderir ao uso do preservativo com parceiros que, anteriormente ao diagnóstico de sífilis, mantiveram relação desprotegida, pode ser uma dificuldade enfrentada e que pode

favorecer tanto a infecção das parcerias sexuais, quanto uma reinfecção pelo homem, fato exposto na fala do décimo sexto entrevistado:

É por isso que eu até evito até a aproximação dele novamente, pois como foi a primeira vez sem, a gente se descuidou, e ele vai querer que seja a segunda vez novamente, e eu vou ficar meio sem graça de enfim, de falar com ele, ou de procurar me prevenir, e ele de repente vier a falar:-Ah! Por quê? A primeira vez a gente não usou, porque você está se prevenindo agora? E eu ficar assim, numa saia justa! Aí às vezes eu estou fugindo dele por conta disso. Porque realmente é chato você falar com a pessoa sobre isso! Não é porque eu fiz de propósito não, é porque é chato mesmo! (H16, 34 anos)

A proposta de usar camisinha nas relações sexuais foi interpretada por alguns parceiros como uma possibilidade do indivíduo ser portador de alguma IST, e este fato deixa o homem desconfortável em alguns momentos para inseri-la em suas práticas sexuais. Nesse momento, o uso do preservativo pode ser abolido da relação, favorecendo assim o contágio pela sífilis ou outra IST. O uso do preservativo, se incorporado como uma etapa da prática sexual, tal como o hábito de lavar as mãos antes das refeições, será culturalmente atrelado à própria relação e, provavelmente, favorecerá o seu uso naturalmente, sem julgamentos do que o parceiro possa ou não ter.

É descrito que “os jovens têm de saber que em todas as relações sexuais, desde o início e com qualquer pessoa, a camisinha deve ser usada. Não se trata de se prevenir de alguém, mas do vírus HIV” (BRASIL,1998b, p.329). Acrescentamos aqui que esta prática deva ser incorporada por qualquer indivíduo, desde a sexarca e por toda a vida, não apenas os adolescentes e não para se proteger exclusivamente do vírus HIV, mas de qualquer IST como a sífilis e de uma gestação não desejada.

Fontanella e Gomes (2015) haviam identificado que entre homens de duas gerações distintas, as relações entre parcerias fixas favorece o desuso do preservativo, pois ter um relacionamento sério e confiar no parceiro, pode dificultar a prática do sexo seguro, o que poderá favorecer o contágio por IST (JARDIM;SANTOS,2012;COELHO et al.,2016). E nesta pesquisa, a relação de confiança surgiu também como um fator que predispõe ao desuso do preservativo, seja entre homossexuais e bissexuais, quanto em heterossexuais, como consta nas falas:

Não é aquele fato dela está ali só para fazer o trabalho dela, como eu falei, eu já conhecia a garota {Garota de programa}, a gente já tinha tido outras relações, mas sempre de camisinha. Então foi dai que a gente foi para poder fazer, e não estava sendo legal de camisinha, e o fato de na hora ali eu confiar nela, e ela confiar em mim, acho que também é mutuo, como eu sei que ela está ali a trabalho, como eu sei que ela pode transar com outros caras sem camisinha, transar sem camisinha com outras pessoas, ela sabe também

que eu tenho relação sexual com outras pessoas, e ela também não sabe se eu uso ou não camisinha. Então eu digo que a confiança foi mútua. (H1, 29 anos)

Como nós estava junto a muito tempo, a gente quase não usava camisinha, por já morar junto assim.(H7, 58 anos)

Teve umas duas que no caso eu não me protegi, mas eram namoradas, também já de muito tempo.[...]E são pessoas assim também que pelo perfil também, não eram pessoas que pareciam apresentar essa doença. (H9, 21 anos)

Nos casamentos, assim inicialmente usava camisinha, depois parei de usar, e só ficava usando sem camisinha nos parceiros fixos, né!? Enquanto estava no relacionamento, depois de 4 a 5 meses estando com a pessoa, eu passava a não usar mais a camisinha.(H14, 29 anos)

Na sua cabeça você sabe que seus exames estão certinho, está tudo bonitinho, mas o médico fala que você tem que fazer com o preservativo, mas em casa você não segue essa regra, você burla a regra, você passa da regra, você faz sem preservativo!(H17, 31 anos)

Fizemos o casamento, casamos! Aí começamos a transar sem camisinha também, no início era com camisinha, mas depois ficamos transando sem camisinha.(H21, 50 anos)

Eu já tive parceiros assim de anos, que a gente não usava camisinha e eu tinha plena confiança neles. [...] Eu não sei a mulher, mas o homem gay quando ele está apaixonado, ele confia muito. (H27, 35 anos)

Sempre usei o preservativo, só quando eu estava num relacionamento sério que eu achava duradouro é que eu me permitia não usar.[...] O prazer com o uso do preservativo não interferia, era mais a questão da intimidade mesmo. (H29, 30 anos)

Em uma das falas, curioso é o fato da confiança no parceiro se dar por ele ser casado, como é descrito abaixo:

Eu, na maioria das vezes, eu corro de pessoas assim, mas às vezes, como eu te falei, você no momento ali, você acha que a pessoa casada, de repente não vai te passar nenhuma doença, e você acaba meio que confiando em termos na pessoa ali, e acaba se descuidando! Como já aconteceu comigo já há muitos anos atrás, não vou dizer para você que não aconteceu, porque já aconteceu! (H16, 34 anos)

Chega-se a questão extremamente delicada e subjetiva, que é a relação afetiva e o ato de confiar sua saúde a outra pessoa. A relação de confiança entre parceiros tidos como “fixos”, é uma questão que deve ser discutida nas práticas educativas em saúde sexual. Usar ou não o preservativo é uma “escolha” individual, estar orientado a fazê-lo é uma “obrigação” profissional, ou seja, o profissional deve sempre reforçar a importância do uso do preservativo

e falar dos riscos do seu não uso, contudo, decidir aderi-lo à vida sexual, é uma escolha do homem.

Freire (2011, p.24) descreve que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”, e Pereira (2005) corrobora esta assertiva ao acreditar que, para se estabelecer o processo de educação em saúde, deva ser considerado o sujeito enquanto quem aprende, mas também quem ensina, e que uma das barreiras das práticas educativas seja encontrada na visão equivocada do profissional em se considerar o dono do saber, já que apenas transfere o seu conhecimento.

A mesma autora (Op. cit.,2005) acrescenta que o processo de educar em saúde, requer compromisso por parte dos profissionais de promover a saúde, mas também evitar o adoecimento e prevenir doenças. Nesse contexto, engloba-se ainda a promoção da educação popular em saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, intuindo uma participação mais ativa dos sujeitos sociais, com objetivo de apoiá-los a desenvolver práticas que lhes fortaleçam, o que vem favorecer o encontro da cultura popular e científica (BRASIL, 2007c).

Nesse sentido, as próprias Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Enfermagem, consideram que a atenção integral à saúde dos seres humanos envolva algumas particularidades no âmbito social, como o gênero e a orientação sexual, e que o processo de educação em saúde deva ocorrer na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, em que a formação dos profissionais favoreça o desenvolvimento da capacidade de aprender com os sujeitos, respeitando as diversidades e considerando, ainda, o contexto histórico, político, jurídico e ético, com respeito à autonomia e aos saberes dos indivíduos (BRASIL,2018b).

A qualidade no processo de prevenção das IST requer que os profissionais estejam mais atentos para a complexidade das ações e das questões que envolvem a sexualidade e relações conjugais, em que o limite entre o que seria inseguro e o que passa a ser seguro mereça investigação (ARAÚJO, 2007). Nesta perspectiva, propomos aqui a negociação do cuidado cultural, segundo Leininger e McFarland (2015), pois, ao percebermos na fala direta ou no silêncio dos homens, que os mesmos não utilizaram preservativo nas relações de “parcerias de confiança”, não devemos julgá-los, muito menos recriminá-los, e sim sempre informá-los quanto aos riscos dessa opção e ainda negociar com eles, estratégias para reduzir a possibilidade de contágio, como a testagem sorológica com maior frequência (principalmente nas relações desprotegidas) e o uso do preservativo em possíveis relações com outros parceiros.

Homens de distintas faixas etárias parecem mostrar dificuldade para o uso do

preservativo e já foi identificado que seu uso diminui com o aumento da idade (ABDO, 2004; FONTANELLA; GOMES, 2015), contudo, um homem já em fase mais tardia da vida, em sua narrativa deixa claro a inabilidade para sua utilização e a falta de acesso à informação para tal:

Acho que eu não tinha paciência, entendeu!? Quando chega a hora vinha logo, entendeu!? Ficava sem paciência! Eu quis usar uma vez, mas não tive paciência! Acho que eu não tinha paciência, porque eu gosto de fazer o sexo com a mulher que eu gosto, né!? Vou brincando, vou brincando, e quando penso que não! É uma coisa rápida, sabe!? Não é que é uma coisa rápida, não sei como eles usam, se é antes ou depois, eu não tive explicação para isso, né!? Mas colocar primeiro não dava certo, né!? E como eu disse: Depois eu boto, depois eu boto, e quando eu vou botar, foi embora! Entendeu!? (H30, 65 anos) (grifo da pesquisadora)

Esse fato chama a atenção para a assistência a esse público específico, considerando que investimentos na educação sexual são mais comuns na juventude, contudo, mudança no comportamento social demonstra que os idosos também podem adquirir IST pela possibilidade de prática sexual desprotegida nesta fase da vida (BRITO et al, 2016) e, como já percebido por Fontanela e Gomes (2015), eles iniciaram suas vidas sexuais antes dos investimentos e propostas quanto à educação sexual que ocorreram, em maior grau, após a epidemia do HIV/AIDS.

Considerando o princípio da integralidade, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL,2006a) que mantém uma interface com o Programa Nacional de IST/AIDS, prevê a importância da informação quanto ao sexo seguro, considerando o exercício da sexualidade como um processo do envelhecimento saudável (BRASIL, 2006b). Devemos pensar aqui a respeito de como está ocorrendo a implementação desta política e também como os serviços se organizam para incluir esse público de mais idade nas suas atividades voltadas à prevenção da sífilis, visto que a maioria das ações são voltadas à população jovem.

Estímulo ao uso do preservativo foi também descrito por alguns homens provenientes de diversas áreas, como nas escolas, nas famílias e nos demais espaços sociais, sendo esta uma fala mais comum entre os homens mais jovens:

Eu desde pequeno eu estudei em colégio municipal e estadual, mas excelentes colégios,[...] que incluía a educação sexual, [...] Então eu acho que desde muito novo sempre me foi introduzido a questão da preservação, do cuidado com a relação sexual, com o outro parceiro e nunca teve essa distinção de ser com homem ou com mulher, e nunca existiu esse tipo de preconceito! Era uma questão de que todo mundo tinha que se prevenir sempre com tudo. (H4, 33 anos)

Ainda hoje, o Diretor do hospital, falei com ele aqui, ele falou:-A culpa é toda tua! Eu já te avisei um monte de vezes: - Usa camisinha! Você não usa, você não quer usar, é por isso que está como está!(H12,49 anos)

Eu me lembro que bem no início mesmo, acho que não tinha sido muitas... Não sei se foi o segundo ou o terceiro cara que eu saí, e que na hora do sexo e tal, não sei o que, eu não tinha a preocupação com o preservativo, até porque eu nunca tinha ouvido falar. E esse cara deveria ter uns quarenta e poucos anos, e falou assim:-Olha! Toda vez que você for transar você sempre usa camisinha, porque tem doenças e você pode se infectar e tal.(H14, 29 anos)

Ela {A tia}sempre teve o cuidado de falar com a família inteira sobre isso! Ela fez uma especialização, uma pós, e um mestrado em doenças sexualmente transmissíveis! Então desde a adolescência ela falava:-Tem que usar camisinha, tem que usar preservativo, por causa de doença. Olha como o pinto fica! (H28, 26 anos)

Com a descrição das narrativas, percebe-se que nem todos os homens estão completamente desinformados quanto aos riscos do contágio pelas IST e quanto à importância do uso do preservativo, assim trazendo o questionamento: Se sabem, por que não se previnem? Como adquiriram sífilis? Oliveira et al. (2009), ao buscarem a representação social da sexualidade para adolescentes, identificaram que há uma associação entre camisinha e responsabilidade, contudo, perceberam conflitos entre as representações e as práticas sexuais. Algo parecido aconteceu também nesta pesquisa, pois o conhecimento não garantiu práticas preventivas adequadas por parte dos entrevistados, visto que todos esses homens adquiriram sífilis e alguns, ainda outras IST.

A maioria dos adolescentes de sexo masculino (93,4%) de pesquisa realizada em São Paulo, conheciam a camisinha masculina, sendo que apenas 40,4% desses jovens usaram o preservativo na primeira relação sexual (JARDIM; SANTOS, 2012), fato ratificado com os discursos frequentes pelos entrevistados de que a ciência das vulnerabilidades não implicou na prática do uso constante e regular do preservativo, como é descrito pelos entrevistados:

Então dizer assim: pegou de fulano, pegou de siglano a gente não pode falar de maneira nenhuma, porque eu não sei! Foram tantas pessoas que passaram pela minha vida, foram tantos lugares que eu fui, taaantas coisas que eu fiz. Mas nada hediondo, tudo com a cabeça entendeu!?[...]Agora eu acredito que essa historia dessa sífilis, foi por causa disso, se eu tivesse usado preservativo de repente, podia nem ter tido! Mas já aconteceu agora... A Inez é morta! (H8, 61 anos)

Porque EU NÃO ME CUIDO! Eu sou muuuito relaxado, eu não uso camisinha, e isso é um problema grave!(H12, 49 anos)

Então daí provavelmente é que eu contrai o HIV, a sífilis, né!? Que de vez enquanto eu ainda tenho, porque eu, às vezes continuo transando sem preservativo.(H13,49 anos)

Tive sífilis em 2015 ou 2016, e tô agora de novo, porque eu transei de novo sem camisinha, porque eu transo sem camisinha.(H22, 40 anos)

Assim, eu tenho consciência que eu ainda corro o risco de pegar sífilis toda vez que eu vou fazer sexo oral sem camisinha![...] Mas eu tenho a consciência do perigo que está, porque eu tenho visto as estatísticas, e ela assusta! (H27,35 anos)

Eu nunca tive nenhum diagnostico, nunca tive nenhuma infecção, essa foi a primeira vez, e foi por puro descuido, eu tive num Intercambio, e foi lá. Que eu tenho certeza que eu adquiri isso por falta do preservativo mesmo. (H28,26 anos)

Além das falas já descritas anteriormente, em que foi percebida uma convergência nas informações quanto à prevenção do contágio das IST, sempre voltada ao estímulo ao uso do preservativo como conduta impositiva, essas últimas narrativas carregam a confirmação de que nem sempre a teoria se aplica à prática, já que esses homens tem ciência de que suas práticas sexuais favoreceram o contágio pela sífilis.

A inserção do preservativo na vida sexual dos homens requer uma adequação ao modelo de vida adotado por eles, assim como do cenário social e cultural ao qual estão inseridos, mas a oportunidade para esse diálogo direcionado parece não ter ocorrido. Na preservação do cuidado cultural, Leininger e McFarland (2015) orientam o estabelecimento de uma relação de ajuda, mas para isso é necessário ouvir estes homens e planejar individualmente o cuidado a eles direcionados, e nesses casos auxiliá-los a inserir o preservativo em seus relacionamentos sexuais, considerando as suas especificidades, vontades e desejos.

Ação de aproximação, com intuito de ouvir o homem e ajudá-lo na preservação de sua saúde, através da problematização das dificuldades que levam ao desuso do preservativo, poderá favorecer a mudança de comportamento e o maior preparo técnico e emocional para a utilização deste, pois se acredita que a não utilização da camisinha não esteja associada à falta de conhecimento ou de acesso ao preservativo, mas sim a outras causas como a influência do prazer momentâneo (JARDIM; SANTOS, 2012), como foi aqui descrito pelos entrevistados que o fato de não pensar e refletir nas suas ações, favoreceu as relações desprotegidas, como é retratado nas seguintes narrativas:

No momento da emoção mesmo, está todo mundo envolvido com tudo, aí a gente acaba entrando na onda e fazendo coisa que não deve fazer!(**H3**, 41 anos)

Na maioria das vezes! As pessoas não estão ocupadas e nem preocupadas com esse assunto! No cinema tem camisinha, eles oferecem! Lá dentro a camisinha. Mas eu conto nos dedos às vezes que eu estive com alguém dentro do cinema, na rua, que usaram camisinha! Aquilo parece que é mais forte entendeu!? Aquele tesão, aquele negócio parece que é mais forte do que a preservação, do que: O que eu estou fazendo aqui!? Do que o cuidado! (**H5**, 54 anos)

Muito tempo sem ter relação, então acabei me descuidando, foi no calor da emoção e acabei me descuidando! E foi aí que eu vim contrair essa sífilis, que foi a primeira vez! (**H16**, 34 anos)

Mas eu sei que é difícil, eu sei que é difícil! Tem alguns momentos que a gente... A cabeça de cima não pensa! (**H18**, 47 anos)

Uma pesquisa realizada nas cinco Regiões do Brasil, com mais de 7.000 pessoas, dentre homens e mulheres, identificou que o sexo oral foi a quarta prática sexual mais citada, sendo referido por 66,8% dos homens (ABDO, 2004). Um dos fatores mais recorrentes nas falas dos entrevistados da presente pesquisa, foi a dificuldade para o uso do preservativo na prática do sexo oral, demonstrando uma característica cultural entre os entrevistados ao realizarem tal prática, como os próprios entrevistados revelam a seguir:

Uma das minhas maiores dificuldades era, desde a adolescência, fazer sexo oral de camisinha[...]eu sempre fiz relação sexual com camisinha no sexo anal, e no sexo oral eu confesso que é um hábito que eu tentei, experimentei, mas não consegui me adaptar[...] Eu tenho, até hoje, uma certa dificuldade de fazer sexo oral com camisinha.(**H4**, 33 anos)

A bobeira que eu quero dizer é o seguinte: Foi... é... que é uma coisa que... Ah! Eu vou falar sinceramente. Para a gente fazer sexo oral não é de praxe usar camisinha, entendeu!? Mas eu não vou dizer que eu sou um relaxado, que hoje em dia para tudo eu fazia justamente, porque se eu já tenho um problema que era para mim não infectar minha parceira. (**H6**, 56 anos) (grifo da pesquisadora)

Outra coisa também é o fato de chupar a vagina, muito dificilmente, aí é no caso mais da mulher do que do homem, ela vai querer que ele abra uma camisinha e coloque lá como plástico para poder chupar a vagina dela, porque ela não vai sentir o prazer da língua propriamente dita dentro da vagina. A mesma coisa é no homem na hora da questão de chupar o ânus, ele não vai querer, geralmente que coloque ali uma camisinha para ficar inserindo a língua, porque ele não vai sentir o mesmo prazer que é da língua propriamente dita, que é da pele na pele! (**H14**, 29 anos)

Eu fiz sexo oral nele, eu fiz a chamada “Cunete”, que eu nunca tinha feito com ele antes, ele se assustou, deve ter gostado, mas eu fiz sexo com ele, e

eu fazia muito sexo oral nele, eu gostava muito de fazer sexo oral nele[...]É sexo oral dificilmente eu faço com preservativo, dificilmente quase nunca, eu uso preservativo para o sexo oral quase nunca. (H15, 45 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu não consigo nem imaginar, né! Você me passou uma visão de um sexo oral, de eu chupar a vagina da minha parceira com um lacra legumes por cima, um filme de lacrar vegetal, esses filmes que você citou é igual a quando você vai na feira e quando você vai na feira guardar alguma coisa na geladeira é isso, né!? Eu não consigo nem conceber, você me desculpa, mas isso ninguém vai fazer, nunca na vida! Se for depender disso aí para acabar com a epidemia!(H22, 40 anos) (grifo da pesquisadora)

Nesta pesquisa foi identificado que, além da dificuldade de praticar o sexo oral de forma protegida, alguns entrevistados desconhecem o sexo oral como via de transmissão da sífilis, como se pode perceber nas seguintes falas:

É eu não sabia que a gente pega sífilis assim não, pela boca por exemplo, entendeu!?(H13, 49 anos)

Porque até então eu não achava que pegasse assim tanta contaminação pelo sexo oral, para mim era mais o anal. (H16, 34 anos)

Porque eu acho que na minha cabeça não vai passar, mas já me falaram que a sífilis ela passa pelo sexo oral sim, é transmissível sim, mesmo se você estiver com uma feridinha na boca, ou algum rasgo nos lábios, passa sim.(H17, 31 anos)

Eu não sei de onde que eu tirei que sexo oral não pegava doença, e pega!(H32, 48anos)

Estas falas, associadas ao fato de ao menos três entrevistados terem relatos de cancro oral, em que a provável contaminação se deu pelo sexo oral, e ainda aos inúmeros relatos de homens que alegaram utilizar o condon para penetração anal ou vaginal, mas não durante a prática oral, demonstram a urgência de debatermos a temática (CHOW et al., 2016).

Um estudo realizado com estudantes jovens de diversas nacionalidades, inclusive brasileiros, demonstrou que mais de 20% destes não reconheciam o sexo oral como via de contágio das IST (GRAVATA; CASTRO; BORGES-COSTA,2016), ratificando assim um dos achado deste estudo: que o uso do preservativo para o sexo oral não é um cuidado culturalmente disseminado na população.

A moral cristã predominante no País, associa o exercício da sexualidade à reprodução e em outros contextos, pode estar relacionado com pecado, inclusive práticas como carícias, sexo anal e sexo oral (BRASIL, 2002c). Mediante isso, devemos refletir: será que durante as

ações educativas voltadas para a proteção de IST, nós, enquanto profissionais, orientamos acerca dos riscos de contaminação proveniente do contato da região genital ou anal com a região oral? Ou no fundo, também enquanto sujeitos que vivemos no mesmo ambiente dos homens e de outros públicos que assistimos, pertencentes a esta mesma cultura que os recrimina, também o encaramos estas práticas como sujo ou algo errado? Ou seriam práticas que preferimos não referenciar por acreditarmos que não deveriam ser feitas?

Enfatizamos aqui a importância da inclusão ou de maior debate acerca desta questão nas ações em saúde mas, sobretudo, que os próprios profissionais tenham espaço para refletir e avaliar as suas ações e ainda discutir quanto a assuntos ligados à esfera da sexualidade. E por último, sugerimos aqui a distribuição gratuita do preservativo com sabor, pelo Ministério da Saúde, vislumbrando estimular o seu uso durante a relação boca-pênis/ vagina ou boca-ânus, visto que esta prática precisa ter adesão cultural, na perspectiva de repadronização do cuidado, como proposto por Leininger e McFarland (2015).

Pela relevância desta informação, descrevemos aqui que há situações que favorecem o uso do preservativo durante o sexo oral, enquanto outras parecem dificultar a sua utilização e entre os entrevistados, as relações casuais parecem favorecer a aderência ao sexo oral protegido, como consta nas seguintes narrativas:

[...]eu uso preservativo para o sexo oral quando eu vou na boate que tem a chamada *Dark Room*, que é uma sala com a luz apagada, que as pessoas fazem sexo sem saber ou ver com quem esta fazendo sexo. (H15, 45 anos)

Mas nessa questão do sexo oral, em casa eu faço sem camisinha. (H17, 31 anos)

Para atingirmos a repadronização do cuidado, na perspectiva de promover ajuda na modificação de padrões (LEININGER; MCFARLAND,2015), neste caso, o uso do preservativo durante a prática de sexo oral, devemos considerar os valores culturais dos indivíduos, momento esse em que suas opiniões podem ser válidas. Então, alguns aspectos limitantes ao uso, assim como outros que favoreceram a sua utilização, foram relatados pelos próprios entrevistados:

E é estranho assim manter relação sexual com camisinha no sexo oral, porque a camisinha ela vem com um óleo lubrificante. (H4, 33 anos)

Porque realmente sexo com camisinha oral é muito ruim. Anal já é ruim, oral então piorou! Oral é como se você estivesse chupando uma bala com plástico, você não sente! Não sente nada! Não sente o contato! Não sei te dizer, entendeu!? Mas é muito ruim! E com camisinha, tem a lubrificação da camisinha, por mais que as camisinhas tenham sabor as camisinhas, essas

coisas todas, como a gente tinha comentado, mas não é a mesma coisa, tem a lubrificação que meio que atrapalha! Fica com aquele gosto ruim na boca! Não sei! É ruim! Fica a boca oleosa, não sei. (H16, 34 anos)

Por isso é que nesses lugares eu não faço sexo, mas quando eu conheço um pouco mais acabo fazendo sexo oral sem preservativo, mas eu não tenho problema nenhum com o preservativo, se tiver sabor então aí eu faço sexo oral, é que eu coloco, [...] Mas hoje em dia já está melhor de fazer sexo oral com preservativo, confesso que está melhor! (H15, 45 anos)

Nessas falas, percebemos que a lubrificação é descrita como algo incômodo para a prática do sexo oral com o preservativo e que as camisinhas aromatizadas e com sabor favorecem o uso para tal prática. Estas informações poderiam motivar a distribuição gratuita deste tipo de preservativo com o intuito de favorecer o sexo oral protegido.

Para alguns entrevistados, parece que o contágio pela sífilis provoca uma vontade, ao menos nos seus discursos, de mudar os hábitos que os deixam vulneráveis à infecção, como podemos ver nas seguintes falas:

Graças a Deus HIV ela não está infectada, e não vai estar! Porque agora piorou, né!? Agora eu vou ficar mais atento a isso. E ela está morrendo de medo, agora. E o medo foi até bom, porque agora ela tá mais[...]Ela está mais, mais precavida para essas coisas, porque ela só esta fazendo relações com o uso do preservativo, que para mim é muito ótimo, que além de proteger a mim, protege ela! (H6, 56 anos)

Então, eu tenho que ver isso, eu tenho que mudar os meus hábitos para hábitos diferentes! Se não vai chegar uma hora que eu não vou ter mais cura, e eu estou coincidente disso!(H12, 49 anos)

Para quem já pegou filho não vai querer passar por isso mais não. Agora eu uso todo dia! Todo dia eu uso! Todo dia não! Toda vez que eu vou fazer sexo eu uso! Toda vez! Não faço mais sexo sem camisinha mais não, tô fora!(H20, 26 anos)

[...]Então agora pelo fato de ter um monte de outras coisas que não é necessariamente só o fato da proteção, o recontágio, não sei o que, não sei o que[...]Agora a gente usa camisinha mesmo que seja entre a gente!(H25, 26 anos)

Então, o diagnóstico da sífilis parece trazer uma visão dos reais riscos de adquirir infecções transmitidas pelas relações sexuais e o fato de ter sido contaminado pareceu favorecer a reflexão quanto às práticas que vulnerabilizam o homem à infecção, levando-o a se preocupar em ter um maior cuidado preventivo. Isto deve ser trabalhado pelo profissional de saúde durante o diagnóstico e tratamento da sífilis, visando evitar tanto o contágio por outras infecções provenientes das relações sexuais, como uma reinfecção por sífilis, e ainda,

bloquear a cadeia de transmissão da infecção.

A motivação para aderir ao uso do preservativo apareceu no contexto de autoproteção, mas também numa perspectiva de proteger as parcerias sexuais, principalmente entre os homens com sorologia reagentes para o HIV, como retratado nas seguintes falas:

E é isso, de começar a entender que minha vida a partir de agora, de uma forma geral, vai ser diferente! Até de relacionamento, sabe!? Eu tenho agora que ter uma preocupação com o parceiros, que era uma coisa que antes eu não tinha! Eu queria que a pessoa colocasse camisinha para mim, e não por ele assim[...]E hoje não! Eu tenho essa preocupação de não transmitir o que eu tenho, que eu comecei a parar para pensar nisso. **(H4, 33 anos)**

O uso do preservativo é porque é o seguinte: é porque eu me descobri portador do vírus do HIV, e a pessoa que eu gosto, e até as pessoas que eu não gosto, para me poupar também, entendeu!? Eu penso assim que eu acho que...vamos supor: eu penso que é um revolver, ou uma bala, eu estou tomando um remédio e estar me mantendo vivo, mas de repente, vamos supor se ela tem um vírus diferente, e me contamina, e o remédio que eu estou tomando não faz reação, um buraco para mim e adeus. Então além de eu me proteger a mim próprio, eu protejo a ela. **(H6, 56 anos)**

Sempre usei, porque até para não passar até o HIV para ninguém, é uma das preocupações. Se já tem HIV pode pegar qualquer outro tipo de doença transmissível, então para evitar tudo!**(H32, 48 anos)**

A intenção de proteger seus pares mostrou-se como uma motivação para o uso do preservativo e uma estratégia dos profissionais, pode ser auxiliar o homem a buscar sua motivação individual, vislumbrando desencadear práticas sexuais mais assertivas.

A falta de relacionamento “sério” pode favorecer o uso do preservativo pelos homens (COELHO et al.,2016) e nesta pesquisa, o seu uso pareceu ser uma regra nas relações casuais e no sexo comercial, o que foi retratado nas seguintes falas:

Sendo que a gente não era de ir para lá{Local para sexo comercial}, e fazer sem camisinha, sempre quando a gente ia, a gente usava. **(H1, 29 anos)**

[...] Sempre também com preservativo, justamente por não conhecer as pessoas. **(H4, 33 anos)**

Eu prefiro desconhecido com proteção! Eu já fiz sexo até com meninos que viviam na rua, que dormiam na calçada, mas sempre com preservativo! **(H15, 45 anos)**

Então nessa pulada de cerca você tem que preservar, você vê a cara da pessoa bonitinha, direitinha, mas você não sabe como está por dentro.**(H17, 31 anos)**

Aí depois eu fui para a rua, eu trabalhava de madrugada, eu saía de carro, eu conheci garotas de programas, transava com camisinha, com garotas de programa, que saía com várias pessoas. (H21, 50 anos)

Estudo com universitários no Rio Grande do Sul identificou que ter parceiro casual na última relação, aumentou a probabilidade do uso do preservativo e que uma possibilidade para tal fato, é que muitas campanhas sobre o uso do preservativo tem foco maior nas relações não estáveis (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018). Foi visto nesta pesquisa que, assim como é difícil para os homens usarem o preservativo nas relações mais estáveis, as relações com parceiras casuais parece motivar a sua utilização e esta vontade de usar o condon, deve ser estimulada pelos profissionais que, por sua vez, deverão ainda incentivar o seu uso em todas as relações.

Um dos entrevistados referiu que um preservativo mais fino poderia favorecer o seu uso por diminuir o incomodo/ dor durante a penetração, conforme relato a seguir:

Um preservativo mais fino é bom na hora do sexo anal! [...] Mas aí essa camisinha mais sensível, é *sensitive* que se chama, ela é melhor! É como se você não estivesse com camisinha, porque eu acho que o látex dela é mais fino, não sei, aí com bastante lubrificação, até fica mais cômodo para você ter relação! (H16, 34 anos)

Essa fala apareceu em apenas uma narrativa, mas precisa ser melhor investigada entre o público masculino, principalmente no caso de HSH, pois se este for um fator que favoreça o uso do preservativo nas relações, deverá ser pensada a sua disponibilização gratuita, ao menos entre essa população.

Algo que surpreendeu durante os discursos, foi a estratégia de práticas preventivas para além do uso do preservativo, algumas dessas culminando em abstinência e outras, podendo culminar em risco de infecção, como veremos a seguir:

Eu sempre tive o cuidado, mas quando eu vi ele já estava fazendo, e foi ficando bom, foi ficando bom, e eu fui deixando. Não gozei na boca dele, mas enfim[...] Ele ficava meio que me limpando assim, me secando, sabe!? [...], mas eu ficava meio que me limpando, assim, sabe!? Eu lembro que eu ainda tive esse tipo de cuidado, assim, sabe!? (H5, 54 anos)

Aí a mesma coisa também, então vamos ficar só. Só se acariciando, só na brincadeira, nada de penetração (H7, 58 anos)

Porque a gente chegou a transar sem preservativo, foi culpa nossa obvio, né!? Mas eu não cheguei a ejacular dentro dele e nem ele dentro de mim. (H17, 31 anos)

Toda vez que eu tinha contato sexual com alguém eu analisava o pênis e o ânus da pessoa, sabe!? Antes de botar a mão.[...]Foi engraçado, foi um episódio engraçado, porque na hora de fazer o sexo oral eu peguei e olhei, e botei luz e olhei! Aí ele falou:-Você está examinando meu pau!?!-Tô desculpa, eu não vou botar a boca aqui sem olhar antes! (H27, 35 anos)

Essas práticas sexuais descritas pelos homens, com uma visão de diminuir o risco de contágio pela sífilis, ou por outras IST, precisam ser trabalhadas de forma individual e analisadas quanto à real proteção que podem promover, pois foi percebido que algumas devem ser desencorajadas e os sujeitos alertados para os seus riscos reais, como no caso da penetração sem ejaculação e da inspeção genital antes da relação, já que a infecção pode ocorrer mesmo sem o contato com o sêmen, assim como no momento da inspeção, o indivíduo pode não estar apresentando lesões ou feridas genitais, mas já estar infectado, o que poderia dar uma falsa segurança ao homem.

Uma das narrativas chama atenção ao nos fazer voltar ao passado quando “a prevenção se realizaria através da coerção, ou seja, os indivíduos não deveriam expor a si e aos outros ao perigo, sob pena de serem punidos” (CARRARA, 1994, p.81), pois o entrevistado manifesta o desejo de que os indivíduos que não realizarem sorologia deveriam pagar multa, trazendo como comparativo a “lei seca”, como veremos abaixo:

Não é um problema científico, científico é fácil, depois que inventaram a penicilina se resolve em um mês, em três semanas resolve, o problema não vai resolver tomando penicilina, o problema vai resolver obrigando as pessoas a saberem o seu verdadeiro estado, sabe!? Se não tem uma forma de fazer isso socialmente pela própria cultura ou por livre iniciativa.[...] eu acho que o estado vai ter que intervir de alguma forma, que mexa no bolso ou que mexa em alguma condição para que fique claro, para que tenha conhecimento, para que evite essa epidemia tão simples de contágio.[...]Enquanto o povo não tiver cultura, enquanto o povo não tiver consciência o Estado vai ter que intervir! Eu só vejo uma solução para parar com essa epidemia: o Estado intervir de alguma forma, onde mexa no bolso. Conforme fez a Lei Seca, todo mundo bebia, ia matava os outros, então o que fizeram: A Lei Seca, se você for pego bêbado, você vai pagar, vai perder a carteira. Tem que fazer isso com a condição sorológica da pessoa! Com algo tipo uma carteira, uma carteira de vacinação, [...]Olha... Se você não tiver isso em dia você não vai tirar CPF, você não vai abrir conta, você não vai receber seu pagamento! (H22, 40 anos)

A proposta de controle da infecção sugerida pelo vigésimo segundo entrevistado, remete ao final do século XIX, época em que a sífilis mostrava-se como um desafio para a saúde pública e como um grande fator que comprometia a espécie humana pela sua degeneração, o que levou a uma preocupação médica no sentido de realizar a “higienização da

família” e o “aprimoramento eugênico da raça”, em que em torno do regulamentarismo e do abolicionismo, tentava-se uma intervenção profilática de forma jurídico-punitiva, baseada na obrigatoriedade de exames regulares, tratamento e punição dos casos de recusa (CARRARA,1994).

Na atualidade, a saúde é um direito social de todos os indivíduos, que deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, objetivando reduzir os riscos de doenças, assim como promover o acesso igualitário e universal às ações e serviços (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o desafio das políticas, dos serviços, assim como dos profissionais de saúde, é integrar estes homens nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, pensando em como evitar o seu contágio, facilitar e agilizar seu diagnóstico e o tratamento da sífilis.

Araújo (2007) considera que o conhecimento quanto às práticas preventivas das IST sejam incipientes e que o caráter cultural em que estão imersas as variáveis que envolvem as infecções transmitidas pelas relações sexuais devem ser reconhecidos, assim como um processo de avaliação das ações de prevenção. E nesta primeira categoria, discutimos os fatores que envolvem a transmissão da sífilis, assim como os que favorecem a sua prevenção. Procuramos, com isso, contribuir no sentido de maximizar o conhecimento quanto aos fatores que envolvem o contágio e a prevenção da sífilis, para auxiliar na implementação das políticas e ações em saúde, assim como propor algumas medidas que colaborem com o combate à sífilis.

Na próxima categoria discutiremos os fatores que envolvem diretamente o diagnóstico e o tratamento desta infecção secular, que ainda tanto compromete a vida de homens, mulheres e crianças.

5.2.2- Segunda Categoria Analítica **Diagnóstico e tratamento da sífilis e as dificuldades assistenciais** **enfrentadas pelos homens**

5.2.2.1- Primeira Subcategoria Analítica

Descobrimo-se com sífilis

As narrativas dos homens, tanto no contexto da heterossexualidade, quanto da homossexualidade ou bissexualidade, carregaram um discurso de “surpresa” associado ao momento da descoberta da infecção por sífilis, que aconteceu de forma inesperada, conforme mencionado por **H4**, **H20** e **H22**:

[...] como a gente sempre acha que nunca vai acontecer com a gente, é a única doença que eu achei que eu nunca fosse ter,[...] (H4, 33 anos).

Eu pensei que nunca ia pegar... É... Filho, tú pensa que nunca vai pegar e acontece contigo [...](H20, 26 anos)

[...]sinceramente, para mim foi uma surpresa quando eu peguei sífilis!(H22, 40 anos)

O tom de assombro esteve presente em casos de homens com história de multiplicidade de parcerias sexuais, associado ao não uso habitual do preservativo, demonstrando a urgência em abordar as formas de contágio da sífilis nos grupos de homens, não se limitando aos serviços primários de saúde, pois, já foi descrito em outros estudos (OLIVEIRA et al., 2015; TRILICO et al.,2015) que estes pouco frequentam as Unidades Básicas de Saúde, como resultado do seu processo de socialização, que atrela ao masculino a força, distanciando-o da fraqueza que poderia ser relacionada a doenças ou na busca de ajuda nas Unidades de Saúde. Então, procurariam os serviços com quadros clínicos complicados, com doenças em estágio mais avançado e estes ainda encontram-se despreparos para acolhê-los e assisti-los, considerando as suas especificidades.

A informação quanto à sífilis, suas formas de contágio, os sinais e sintomas e a importância da prevenção com o uso de preservativo, deve ser divulgada nos cenários frequentados pelos homens em qualquer faixa etária como, por exemplo, locais de ensino - fundamental, médio e superior, Associação de Moradores, templos religiosos, mídias televisivas e impressas, construção civil, empresas, fábricas etc.

A visão de mundo influencia na forma da pessoa viver e se cuidar (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Acreditamos que, além de informarem-se quanto às formas de transmissão e aos possíveis danos oriundos da infecção, os indivíduos precisam sentir-se vulneráveis a ela, visto que a sífilis acomete pessoas de várias idades e em contextos sociais e culturais diversos (BRASIL, 2017a). Uma ideia na abordagem temática, seria contar casos clínicos, sem a identificação dos sujeitos, com a narrativa de histórias da vida real. Almeja-se assim, empatia por parte dos homens, fazendo com que vejam na infecção por sífilis um risco real para suas vidas, em que a possibilidade de contágio possa ser evitada pela adoção de hábitos mais saudáveis no exercício da sexualidade.

No que tange à “surpresa” diagnóstica, alguns homens relataram o fato de não terem manifestado sintomas e não terem constatado a infecção em exames realizados anteriormente, fatores que podem contribuir para um diagnóstico mais tardio, como pode ser visto nas

narrativas de **H8**, **H9** e **H14**:

Para mim foi surpresa, porque eu nunca soube dessa doença, já ouvi falar, agora que eu sou portador da doença, entendeu!? Quando saiu o exame, eu fiquei sem ação, entendeu!? Para mim foi uma surpresa muito grande ter descoberto que eu estava com sífilis,[...] e nunca apareceu em um exame de sangue. Porque no hemograma ele não aparece, agora se você faz o exame específico, entendeu!? Ou ele é reagente, ou ele é não reagente, no meu deu reagente! (**H8**, 61 anos) (grifo da pesquisadora)

[...] mas também era uma coisa que eu nunca ia esperar ter, mas estou tratando, tranquilo[...] E isso que me surpreendeu muito, porque cara, como isso passou? Como não perceberam isso em mim? E ano passado mesmo eu fiz exames, entendeu!? (**H9**, 21 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu sempre acompanhava pela internet, sempre tranquilo com relação a isso, e nesse dia eu quando abri o resultado dos exames que eu estava vendo, o hemograma e tudo mais, tinha saído o VDRL e tinha dado o resultado 1/16, e na hora eu fiquei muito:-1/16, nossa! Que estranho! Tem alguma coisa errada [...] e comecei a falar:-Gente mais como pode ser!? Eu não tô com nada! Não apareceu nenhuma lesão! Não apareceu nada! (**H14**, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

O simples fato de realizar o exame laboratorial não garante a identificação da infecção, pois, nem sempre em consultas de rotina, os profissionais de saúde solicitam exames diagnósticos específicos para sífilis, hábito este que deve ser mais disseminado nos serviços de saúde, principalmente pelas taxas crescentes de sífilis adquirida no público masculino (BRASIL, 2017a).

O fato de os exames anteriores específicos para o diagnóstico de sífilis terem sido negativos, não exclui a possibilidade de contágio futuro. Manter relações sexuais desprotegidas e realizar testagem sorológica para verificar se houve contaminação, pode ser uma demanda dos homens. Os malefícios para o uso rotineiro de testagem sorológica para HIV, já foram discutidos no passado, na perspectiva de ser “desnecessário”, visto que exames frequentemente negativos poderiam reforçar comportamentos de risco que favoreceriam a infecção. Mas, na atualidade, o teste anti-HIV periódico é tido como uma estratégia de prevenção e até mesmo como uma responsabilidade com a própria saúde, ou seja, uma estratégia de autocuidado (REDOSCHI et. al., 2017).

Considerando o cuidado genérico (*emic*), o cuidado profissional (*etic*) e a enfermagem como intermediadora entre eles (LEININGER;MCFARLAND, 2015) na implementação do cuidado ao homem, o enfermeiro não deve desencorajar a testagem sorológica, mas sim desaconselhar o sexo sem proteção, aproveitando o momento da testagem para enfatizar que a sorologia não garante imunidade e que, em relações futuras desprotegidas, há risco de

contágio sendo importante, ainda, a descrição detalhada das formas de transmissão da sífilis, assim como articular com esses homens a melhor forma de evitar a infecção, considerando cada caso, ou seja, a sua história de vida e o contexto do ambiente onde estão inseridos.

Alguns entrevistados, ao mesmo tempo em que referiram ficar surpresos quanto ao diagnóstico, refletiram quanto aos seus comportamentos vulneráveis à infecção em que consideravam, assim, a possibilidade de contágio por alguma IST, como o relatado nas narrativas de **H1** e **H16**:

[...] quando eu digo que a doença me pegou de surpresa, porque a gente nunca espera que vá acontecer com você, mesmo a gente sabendo, vendo no noticiário, a gente tem conhecido que, não só no caso da sífilis, mas pode ter pego outra coisa, outra doença, mas a gente nunca espera que esteja com a gente, né!? Não espera mesmo! (**H1**, 29 anos)

Que deu ativo, reativo, não é!? É para mim foi meio que de surpresa, mas ao mesmo tempo assim, eu me descuidei, [...] (**H16**, 34 anos)

O fato de muitos entrevistados terem relatado o não aparecimento de sintomas, provavelmente está associado ao que a literatura já reconhece: que a maioria dos casos é diagnosticada na fase latente da infecção (BRASIL,2015a). E essa informação deve ser transmitida à população, para que a mesma não aguarde o surgimento de sinais clínicos, mas sim que realize a testagem sorológica com maior frequência. O conceito ampliado de integralidade, ao envolver a organização dos serviços de saúde e a prática dos profissionais (MATTOS, 2001), requer a desburocratização do atendimento no sentido de facilitar o acesso à testagem diagnóstica como, por exemplo, o não agendamento para sua realização, que poderia dificultá-la, representando assim uma barreira para o diagnóstico e tratamento precoce.

O contágio por outras infecções sexualmente transmissíveis correlacionadas, mostra-se uma possibilidade real, visto que alguns homens descobriram o HIV e a sífilis simultaneamente, como descrito no relato abaixo:

Foi um choque para mim quando eu descobri! Eu tinha 26 anos, eu tinha sonhos, e naquela época, foi a época que estava todo mundo morrendo, e eu achava que eu ia morrer no outro dia. E também já veio a AIDS e veio junto a sífilis, e coisas que eu ouvia, eu não sabia o que era, mas eu sabia que eram coisas pesadas!(**H18**, 47 anos)

As IST compartilham a mesma via de contágio, que é a relação sexual. Logo, as relações desprotegidas vulnerabilizam os indivíduos a adquirirem não apenas a sífilis, mas também outras infecções provenientes do contato sexual. A co-infecção pela sífilis e pelo HIV

é frequente, pois, além da mesma via de transmissão, a lesão sífilítica favorece a penetração do vírus HIV (BRASIL, 2015a), fato que torna importante, como orientado pelos protocolos ministeriais, que no caso da identificação de uma IST, deve-se realizar a investigação diagnóstica para outras infecções provenientes do contato sexual (AZULAY, 2013; BRASIL, 2015a).

Uma reflexão de adolescentes do sexo masculino é que a descoberta de uma IST seria motivo de muita tristeza, culpa e arrependimento (JARDIM; SANTOS, 2012). Sentimentos similares foram descritos pelos homens deste estudo, no que se refere à descoberta diagnóstica da sífilis, como narram abaixo:

Ah! Eu achei que não ia ter cura mais, que ia ficar para sempre em mim, aí eu fiquei trancado dentro de casa, só chorando. (H10, 18 anos)

E no CTA foi rápido, deu positivo, já me preocupou. (H17, 31 anos)

Porque é duro! Também é duro dos dois lados! Você ir lá, você fazer aquele exame, e PUM! Receber aquele baque. (H24, 38 anos)

Eu fiquei projetando: - Como será minha vida com sífilis! Eu sabia que tinha cura, mas e se não tiver!? Passa um monte de coisa na sua cabeça. [...] Eu fiquei bastante preocupado [...] (H28, 26 anos)

A fala de H17 demonstra a agilidade diagnóstica do Centro de Testagem Anônima (CTA) e sinaliza a importância do aconselhamento pré e pós teste, que pode ser decisivo na mudança de hábitos desses indivíduos que procuram os serviços.

A vergonha também apareceu como proveniente descoberta diagnóstica, visto que um dos participantes foi criticado pela mãe quando descobriu a infecção, o que causou constrangimento, conforme narrado a seguir:

[...] Minha mãe quando veio aqui ela falou: -Nossa! Eu estava vendo, HIV é ruim, ok! Mas a sífilis é uma doença tão... Poxa! A pessoa fica com ferida! Você não viu que você estava tendo relação com uma pessoa com ferida!? E a médica que veio aqui ela estava falando que às vezes até interna, né!? Então eu acho que... Óbvio que eu não sairia com uma pessoa cheia de ferida! (H4, 33 anos)

Um outro homem ficou constrangido porque no trabalho indagavam quanto às lesões secundárias da sífilis, que provocam alterações na estrutura da pele (AZULAY, 2013; FESTA NETO; CUCÉ; REIS, 2015), como demonstra a fala a seguir:

No meu trabalho também, ficavam perguntando o que era, eu ficava triste, não gosto de falar para ninguém. Só quem sabe é meu pai e minha mãe. Na rua não falo para ninguém, fiquei meio abalado! (H10, 18 anos)

Os sentimentos negativos expressos pelos homens ao se descobrirem com sífilis, sinalizam a importância do apoio que necessitam no momento do diagnóstico. O suporte emocional é fundamental nesse processo de descoberta, contudo, o enfermeiro embasando-se na Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015), deve se empenhar em auxiliar no processo de recuperação, assim como na repadronização de hábitos mais saudáveis no exercício da sexualidade, como o uso regular do preservativo.

Um dos homens que, mediante a testagem positiva, foi internado para investigação de neurosífilis, em sua fala descreve o quanto o indivíduo fica impotente frente às condutas dos profissionais, muitas vezes ficando sem entender as intervenções e terapêuticas às quais será submetido:

Nunca vi isso! Tirar um sangue, e um dia, meia hora, dar problema, um monte de problema! De receitar remédio, fazer aquelas coisas todas [...] Isso que eu achei graça, mas eu achei graça, mas deixei correr: -Eles querem me internar, interna! Internou, tomei remédio, mas eu sentia que não tinha nada. (H19, 65 anos)

Leininger propõe o estímulo ao desenvolvimento da capacidade dos indivíduos em preservar a sua saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Na humanização da assistência, é preconizado que a sua implementação ocorra de forma dialogada e que garanta integração entre as finalidades técnicas e os projetos de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2005). Conduzir uma terapêutica em que o homem é manipulado pelos profissionais, sem ter entendimento do seu quadro clínico e sem poder optar quanto ao tipo de tratamento ao qual será submetido, viola o direito de escolha, desfavorece o exercício da cidadania e em nada contribui para o empoderamento desses sujeitos, inclusive no que se refere ao seu envolvimento no autocuidado.

Outro participante também deixou clara a falta de diálogo profissional-homem e a invasão do seu corpo, sem a possibilidade de argumentação ou esclarecimento por parte da equipe de saúde, como é relato na fala abaixo:

Não tem como falar, porque eu cheguei lá, eu nem sabia que ia fazer teste, nem nada! Minha irmã falou: -Vai fazer um teste meu irmão! Eu falei: -Tá bom. (H30, 65 anos)

A falta de diálogo profissional junto ao usuário, durante a sua assistência, dificulta o protagonismo do homem no que tange ao seu tratamento e à condução de sua vida, reproduzindo o modelo biomédico que prioriza as demandas biológicas em detrimento das psicológicas e sociais, que é um entrave para a implementação do cuidado integral (MATTOS, 2001). Neste modelo, a preocupação volta-se para a doença e a cura imediata, logo, não considera a autonomia do homem na assistência a ele implementada, algo que também é criticado por Leininger, por não considerar principalmente a interferência dos aspectos culturais na implementação do cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

Na categoria anterior, foi explicitado pelas narrativas a maior preocupação com o HIV em detrimento da sífilis, contudo, mesmo com diagnóstico anterior de HIV, H5 não ficou menos preocupado ao se descobrir com sífilis:

Então já se passaram dois anos, e a minha cabeça com relação ao HIV já estava mais estruturada, aí veio mais isso{o diagnóstico da sífilis}, então mais uma vez eu precisei refazer a história, entendeu!?! (H5, 54 anos)

A sífilis nos indivíduos vivendo com HIV, pode se apresentar de forma mais agravada e acentuada (AZULAY,2013). Esta informação deve ser mencionada nas consultas e nos acompanhamentos ambulatoriais dos indivíduos vivendo com HIV, como forma de não banalizarem a sífilis por já serem portadores de uma infecção incurável e dar a real importância quanto ao risco pela infecção. Isso poderá motivá-los a reestruturar seu cuidado no que tange ao exercício da sexualidade.

Um dos fatores que contribuíram para a busca por ajuda nos serviços de saúde, foi a presença de sinais e sintomas clínicos da sífilis, como evidenciado nas narrativas:

[...], o primeiro contato com profissional, não digo nem o médico, para eu poder ver, foi a questão do meu pé, que eu achei que estivesse com frieira, micose no pé, alguma coisa do tipo. Então eu procurei o podólogo, para poder ver isso, [...]foi quando ela me passou que poderia estar com psoríase, eu perguntei para ele assim: se os sintomas de psoríase poderia dar no corpo todo, e ele disse que sim, que poderia dar manchas no corpo todo, aí eu perguntei a ele se poderia também estar aparecendo no órgão genital, ela falou que sim, que poderia às vezes sim, aparecer. [...] Sendo que eu estava passando a pomada no pé, até então, só que no meu pênis já estava me preocupando mais, então, foi quando eu resolvi procurar o urologista para ver se realmente era isso, né!?! (H1, 29 anos)

Foi quando eu fiquei parálítico do rosto, foi quando eu fiz o exame, eu fui fazer exame de sangue, acabou descobrindo.(H3, 41 anos)

Com quatorze anos e alguma coisa, eu descobri que eu estava com esse problema de sífilis, porque apareceu no meu pênis um carocinho, aí eu fui no médico e fui diagnosticado.(H6, 56 anos)

É, a primeira vez que eu tive sífilis, eu não sabia o que era, eu tive umas manchas nas mãos, começou a me dar febre, e eu procurei o médico. (H13, 49 anos)

Comecei a desenvolver algumas coisas, eu tive queda capilar, [...]Queda capilar, falhas na audição, eu tive perda de visão, febre, muita tristeza e ai foi, foi, foi... Até que um dia eu vim aqui com o exame e mostrei para ela. [...] ela: - Cara! Você está com neurosífilis! (H15, 45 anos)

E eu lembro que quem diagnosticou foi o próprio [Fala o nome do médico], e ele falou: -{Fala o nome do entrevistado} foi pela boca porque você está com sinal em baixo da língua, e não é afta. Eu falei: -Eu achava que era afta! Ele falou: -Não, não é afta! Ele falou abertamente, porque a gente conversa abertamente, né: -Alguém gozou na sua boca? Eu disse: -Não! -Ah! Mas nem precisa! Foi pela boca. (H27, 35 anos)

Através das seis narrativas, verificamos a diversidade de sintomas que podem ser apresentados na infecção por sífilis evidenciando, assim, a importância de uma boa anamnese, exame físico e olhar treinado para identificar os sinais da infecção que, em alguns casos, apresenta-se por meio de lesões na pele que podem ser confundidas com outras doenças dermatológicas (MARQUES et al., 2009). É importante também orientar a população em geral acerca dos sinais clínicos da infecção, vislumbrando que possam procurar auxílio caso percebam alguma manifestação da infecção, contudo, é importante também estimular a testagem sorológica, mesmo sem sintomatologia, já que muitos casos são diagnosticados no período de latência (BRASIL, 2015a). (grifo da pesquisadora)

A peregrinação dos homens pelos serviços de saúde até obter o diagnóstico correto, mostrou-se como um dos entraves vivenciados pelos participantes, conforme evidenciado por **H1, H10, H26 e H32**:

Então eu procurei um urologista,[...] porque primeiramente eu cheguei lá, ele me falou, eu expliquei para ele o que a podóloga tinha me falado, eu mostrei para ele o que estava acontecendo, ele falou que poderia ser a psoríase mesmo, que não tinha nada demais, [...] Ele me receitou uma pomada a base de corticoide, [...] Acredito que com essa pomada deu uma piorada, tanto que até eu mesmo por conta própria parei de passar! [...] E falou que o porquê dessa bolinha poderia estar relacionado a minha fimose, e passando assim duas, três semanas[...], e passada duas semanas eu voltei em outro urologista, e nesse outro urologista eu já fiquei mais confiante, porque assim que ele viu, ele já pediu exame, né!? O exame para pode ver, o tal do VDRL. (H1, 29 anos)

[...]Eu fui em vários médicos e hospitais, fiz exame de sangue e me falaram que era outras doenças, sarna, por exemplo, mas não era. [...] Sarna, me falaram que era alergia a isso e aquilo, a produto, falaram que podia ser alergia a algum produto, a alguma coisa, de cadeira. Falaram muita coisa, fui

no UPA, na clínica da família, mas só depois de outras vezes indo na clínica, só depois que o médico viu, e falou para fazer o exame para HIV, sífilis e um outro que eu não sei qual é. (H10,18 anos)

Estava, estava em outro hospital e não descobriram que eu estava com sífilis! Fui internado porque não estava andando, estava com desequilíbrio na perna. Aí fui internado lá, fiquei uma semana lá, e não descobriram que eu estava com a doença. [...] É porque lá não fez o exame, eu fiz a tomografia lá, aí viram que era a doença do gato, não viram a sífilis, nem a Hepatite B. (H26, 26 anos)

Eu nunca entendi, porque eu estava com problema no corpo, e ninguém diagnosticava o que era! Eu que pedi para a acadêmica que me atendeu uma vez para ela fazer exame de sífilis, que eu já estava cansado de ir a médico, fui a médico particular, paguei do meu bolso, fiz tudo, e ninguém... Só olhava para mim e queria diagnosticar só do que ele via, e não se aprofundou, não fez exame nem nada e tacava remédio, passava qualquer um remédio. (H32,48 anos)

Na narrativa de H17, fica explícito que a equipe de saúde algumas vezes apresenta dúvida na realização do diagnóstico e da terapêutica:

E demorou um maior tempão para eles me chamarem para fazer exame de novo, porque eu mostrei ao {Fala o nome do médico}[...] Foi na metade do ano, logo assim quando veio o resultado, aí ele falou: -Não! Não é preocupante não! E eu fiquei uns 2, 3 meses sem vir no hospital, [...]. E o doutor me passou um remédio também para tomar, só que acabou que não tomei, porque o {fala o nome de outro médico} ligou para o {Fala o nome do médico}, e o {Fala o nome do médico} ligou para o {Fala o nome do segundo médico}, e ele falou: ele não vai tomar esse remédio não! Vamos esperar o resultado, e o resultado vai sair agora. (H17, 31 anos)

As falas demonstram o quanto é importante o profissional conhecer os sinais e sintomas da infecção e estar atento para a realização do diagnóstico e solicitação de exames. A discussão de casos clínicos, pode favorecer a habilidade dos profissionais para o diagnóstico e tratamento da sífilis, ficando aqui registrada uma proposta para a Instituição, numa perspectiva de formação de grupos para que os profissionais, além de se atualizarem, possam se mobilizar no combate a esta infecção, trazendo as discussões ainda para a atenção básica.

O trigésimo primeiro entrevistado, em sua narrativa, revela duas importantes oportunidades para testagem sorológica para sífilis, que seriam: durante as paradas gays que frequentava e nas Unidades Básicas de Saúde, como ocorreu no seu caso, em que realizou o teste rápido para HIV, sendo o mesmo reagente:

Então eu frequentava a passeata de Copacabana, de Madureira,[...]. Só que lá não tinha esse negócio de fazer teste de HIV, e sim de entregar camisinha, gel, e isso! Eu acho errado, né! Eu acho que tinha que ter um contêiner, uma ambulância, pessoas preparadas para orientar, para fazer exames, né!? [...] Quando deu positivo eles só fizeram o exame, repetiram o exame, mandaram a carta para minha casa, ligaram, aí fui lá, deu positivo, e nenhum momento eles fizeram o exame da sífilis, da hepatite, [...] (H31, 32 anos)

Esse homem sugere, então, que nas campanhas das UBS, a testagem sorológica para HIV seja simultânea à testagem para sífilis, visto que seu diagnóstico só ocorreu após o resultado positivo do HIV. Provavelmente, se o resultado fosse negativo, este entrevistado não teria sido diagnosticado e tratado para sífilis.

A introdução da testagem anti-HIV na UBS, que resultou da ampliação do teste anti-HIV para além do CTA, parece ser válida na detecção da sífilis, associada à vontade de testar a sorologia para o HIV por parte dos indivíduos (ARANTES; SANTOS, 2015). Fica claro que o entrevistado H31 teve o diagnóstico da sífilis ao procurar a Unidade de Saúde para a testagem anti-HIV. Ao procurar um serviço de saúde para este fim, o homem sinaliza que teve algum tipo de comportamento vulnerável ao contágio pelo HIV e, conseqüentemente, para qualquer outra IST, por isso a proposta de testagem conjunta para essas infecções.

Estudo realizado na Austrália com HSH relata ser importante ampliar a testagem diagnóstica para os homens (CHOW et. al., 2016). No Brasil, um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, é estimular a população masculina a cuidar da saúde, além da adoção de hábitos saudáveis e realização de exames preventivos regulares (BRASIL, 2009). Uma oportunidade para o diagnóstico é ofertar a testagem nos locais em que haja concentração do público masculino. E quando o entrevistado deixa transparecer a sua vontade de ter sido submetido a testes sorológicos, dentro de eventos promovidos pelo movimento LGBTI, sinaliza este momento como uma oportunidade para favorecer o diagnóstico da sífilis.

A oferta de testagem para a sífilis nos diversos grupos de homens, deverá incluir a população LGBTI, principalmente ao considerarmos os estudos nacionais e internacionais que revelaram altas taxas de sífilis entre homens que se relacionam sexualmente com outros homens (GUIMARÃES et al., 2013; SERWIN; KOPER; UNEMO, 2015; CHOW et al., 2016), o que torna a avaliação desta comunidade uma importante ação estratégica de triagem diagnóstica. Durante estes eventos, pode haver mobilização do setor saúde para a realização da testagem diagnóstica, de forma a considerar o seu teor sigiloso e a garantia de encaminhamentos para tratamento, com realização de aconselhamento pré e pós teste.

É recomendado que a sorologia para sífilis seja realizada em todo paciente com qualquer IST (AZULAY,2013). E neste estudo reforçamos, mais uma vez, a importância da testagem diagnóstica simultânea, visto que alguns homens descobriram, por exemplo, a sífilis e o HIV simultaneamente, como relatado por **H4** e **H24**:

E aí o médico virou e falou assim: -Olha, você está com HIV e com sífilis!
(**H4**, 33 anos)

Porque desde o momento quando eu fiz o teste do HIV, veio logo diretamente a sífilis. (**H24**, 38 anos)

Outro fator que resulta em entrave ao diagnóstico precoce é a não procura imediata, pelos homens, por assistência nos serviços de saúde, ao apresentarem algum sintoma, como evidenciado por **H1** e **H12**:

[...] quando eu fui no podólogo, sei que não é a área dela, que não é a área médica, mas quando ela falou que poderia ser psoríase, eu fiquei mais... um pouquinho, um pouquinho aliviado, né!? Pensando que fosse, tanto que passou uns dias e eu não vi melhoras, e ela não me passou remédio, ela também não tinha como me passar remédio, ela me passou uma pomada para o que estava no pé.(**H1**, 29 anos)

[...] Eu estou desconfiado que essa sífilis já está a quase um ano, só que eu para ir ao médico é difícil.(**H12**, 49 anos)

Culturalmente, o homem procura o serviço de saúde quando já está fortemente acometido por uma doença (LEITE et. al.,2016) sendo que os próprios valores atribuídos à masculinidade hegemônica, relacionados a força física e ao distanciamento do cuidado, contribuiriam para comprometer a sua condição de saúde. Por sabermos que “tudo que o homem faz, aprendeu com seus semelhantes e não decorre de imposições originadas fora da cultura” (LARAIA, 2001, p.51), é percebida a necessidade de investimento desde a base, ou seja, desde a infância, para que mudanças nos valores culturais ocorram, principalmente relacionadas a reestruturação dos padrões significativos para melhorias no cuidado à vida e à saúde dos homens (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

O perfil, muitas vezes silencioso, da infecção pela sífilis, demonstrou a importância de fazer o exame mesmo sem sintomas, sendo esta testagem espontânea aqui considerada um fator positivo e favorável ao diagnóstico e tratamento precoces, como demonstram as falas a seguir:

[...], era a semana em que eu fazia o meu *checkup*, onde eu fazia todos os meus exames de *check up* e neles eu incluía o VRDL e o anti-HIV, sempre inclui. E assim... Incluía por uma precaução,[...]Fiz o exame e deu 1/16 de novo e o FTA deu positivo, [...](**H14**, 29 anos)

E aí essa minha amiga que é médica,[...] Ela ficou preocupada comigo e pediu para fazer exame de HIV e sífilis. O HIV deu negativo, graças a Deus! E o de sífilis deu positivo, e até então eu não sabia que eu tinha sífilis. (H21, 50 anos)

Principalmente pelo fato de os homens frequentarem pouco as Unidades Básicas de Saúde (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017), esta pesquisa evidencia a importância de oportunizar a testagem diagnóstica para sífilis em homens assintomáticos e que já estejam inseridos em algum programa de saúde, como no caso de alguns dos entrevistados:

E aí ele falou: -Beleza! Vou te dar o risco cirúrgico para você fazer, e você faz um exame desses de HIV e hepatite, desse exame rápido. E aí foi aí quando eu fiz o exame, e aí deu positivo! (H4, 33 anos)

Porque eu já estava contaminado foi em 2008, aí em 2010 eu usava aparelho, falei com a dentista: -Ah! Nasceu um negócio no céu da minha boca, [...] (H5, 54 anos)

Eu vim saber agora, por acaso, que eu fui fazer na cirurgia, e na cirurgia pediram os exames, e foram os exames que eu fiz.(H8, 61 anos)

Eu só vim descobrir isso agora, essa sífilis mesmo agora, quando eu estive internado agora pela erisipela! Porque se não, eu não iria nem ter descoberto ainda. (H12, 49 anos)

O “Pré-natal do Parceiro”, como uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde para maximizar o acolhimento e a inserção dos homens nos serviços de saúde (BRASIL,2016c), que envolve o 5º eixo da PNAISH (Paternidade e cuidado), também contribuiu no sentido de favorecer o diagnóstico e tratamento da sífilis no homem assintomático, conforme a fala de um dos entrevistados:

A gente descobriu, aí a enfermeira que já fez os exames, já passou logo para mim também. Aí já na primeira consulta que ela veio, já estava com a receita, e eu comecei a me tratar, ela já tinha tomado a primeira dela! E pelo bem da gente, do bebê também, para ter uma vida mais saudável também, tudo isso!(H9, 21 anos)

O comportamento masculino vem mudando no que tange à sua responsabilização no processo de gerar um novo ser, incluindo o que se refere à preocupação com o contágio de IST e a contaminação da parceira (COELHO et. al.,2016). Fica claro o real envolvimento do homem na gestação e que o mesmo não poupará esforços para o nascimento saudável de sua prole, tornando o momento favorável ao maior cuidado com a sua saúde. A vontade do homem de estar participando do acompanhamento pré-natal da parceira, foi expressa na

seguinte fala:

Eu acho que qualquer homem sempre quer ter um filho, e tipo... Para mim também está sendo super de boa, estou gostando, entendeu!? Estou levando ela no médico, indo e voltando, eu acho muito legal! E para mim vai ser :Cara! É o melhor presente que ela poderia me dar! E a gente está muito feliz sim, e vai ser muito bem cuidado. (H9, 21 anos)

É importante que o profissional de saúde facilite a participação masculina no acompanhamento pré-natal, para que este homem sinta-se parte integrante do processo gravídico-puerperal, pois sua participação pode causar benefícios a tríade mãe-pai-filho (SCHWATZ et al., 2017). A descoberta da sífilis deste nono entrevistado, ocorreu através do diagnóstico da sífilis gestacional. Pensando num diagnóstico mais precoce para este homem e na possibilidade mais efetiva de evitar o contágio fetal, a descoberta da infecção poderia ter ocorrido anteriormente ao momento da gravidez e, mesmo não sendo planejada, a fala desse homem deixa claro que a concepção de um filho era algo desejado para sua vida:

Não foi planejado, porque tipo... A nossa vida é muito corrida, [...] a gente nunca falou:- Vamos ter um filho? Essas coisas, mas sempre conversava:-No máximo com 35!Zoando, não sei o que lá...Aí um dia desses ela falou comigo: -Agora deixei vir mesmo! Só para sacanear contigo!-Não tudo bem!(H9, 21 anos)

Este estudo sugere maior investimento da testagem e orientação pré-nupcial e pré-concepcional. E pensando na aplicabilidade prática a fim de maximizar esta proposta, o estabelecimento de parcerias intersetoriais deve ser estimulado, bem como o contato das Unidades Básicas de Saúde com cartórios e templos religiosos de sua área de abrangência, articulando agendamentos de consultas e exames pré-matrimoniais.

A proposta do pré-natal do parceiro é extremamente válida como mais uma iniciativa de captar e acolher os homens no momento da gravidez, contudo, a atenção à saúde do homem não pode se restringir ao período gravídico-puerperal, como acontecia no passado com a assistência à saúde da mulher (PAIVA et al.,2016). Essa estratégia não abrangeria os distintos momentos da vida do homem e nem todos os homens estariam contemplados (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

Sabe-se que embora as ações que envolvem o pré-natal do parceiro dedique espaço para atividades como pesagem e aferição da pressão arterial, os exames solicitados ao homem são basicamente os sorológicos, que identificam doenças que possam prejudicar a gestante e o feto (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Outras ações e estratégias precisam ser desenvolvidas para assisti-lo de forma integral,

durante todo o seu ciclo vital, como regem as recomendação das Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 2009). E no contexto da sífilis, os profissionais e gestores precisam repensar em novas práticas preventivas, em maximizar a oferta de testagem sorológica e em ações mais efetivas para um diagnóstico mais precoce, visando primariamente evitar os danos individuais que a infecção pode causar aos homens.

Outro dado relevante da pesquisa foram os frequentes quadros de reinfecção por sífilis, após diagnósticos e tratamentos anteriormente realizados, como afirmam nas seguintes narrativas:

E até hoje eu nunca soube mais que estive com esse problema, e até hoje, após vários tempos, vários anos, aí apareceu outro diagnóstico, e eu fiz um exame e o exame deu positivo. (H6,56 anos)

E essa aqui já é a segunda... Acho que é a terceira sífilis que eu tenho { sífilis}(H12, 49 anos)

Eu sei que não tinha, eu me tratei aqui no SUS, eu estava limpo e peguei de novo! (H22, 40 anos)

O próprio Ministério da Saúde reconhece que apenas uma pequena proporção de indivíduos com IST chegam à cura (BRASIL, 2015a), contudo, a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015) mostra a importância de auxiliar esses homens a promoverem mudanças positivas no exercício da sua vida sexual. Os inúmeros casos de reinfecção deste estudo, demonstram que o acesso ao diagnóstico e tratamento adequados são insuficientes se os homens não mudarem suas práticas sexuais, tornando o uso do preservativo um hábito regular, caso contrário, serão acometidos por novas infecções por sífilis ou outras IST ao longo da vida.

Silva e Tavares (2015) em revisão da literatura, identificaram que as redes sociais são importantes tanto para a prevenção, quanto para a adesão ao tratamento e à qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV. Nesta pesquisa, foi identificado que mediante diagnóstico da sífilis, o apoio dos familiares e dos profissionais de saúde foi fundamental para esses homens, como descrito por H10 e H28:

Aí depois minha mãe conversou comigo, meu pai também, conversando, me deram conselho, e tá indo[...], aí depois o médico conversou comigo, e falou que era só tratar, manter direitinho, que ia ter cura sim[...] Meu pai também, ficaram me dando conselho, falando que não era tão grave assim... É grave! Mas não tanto, pelo menos tem cura. Dando conselhos para mim dos dias certos para tomar a vacina. (H10,18 anos)

Eu não contei para minha família, não contei para minha mãe, não contei para amigos, ninguém sabe, só eu! [...]O acolhimento psicológico que eu tive, foi muito bom para isso.[...] Então com quem eu falei, foi com a médica que me atendeu, falei aqui em cima [Aponta para a direção do CTA], dei uma desabafada, e foi isso que me deixou mais tranquilo. (H28, 26 anos)

As falas demonstram a importância do estabelecimento de uma rede de apoio para o enfrentamento da sífilis, momento este em que as famílias, os profissionais de saúde e outros segmentos, podem oferecer apoio a estes homens, fortalecendo-os emocionalmente, auxiliando-os para melhor entender sua condição de saúde e ter adesão ao tratamento.

Além de exames laboratoriais, alguns homens foram submetidos a outros exames, como a tomografia e a punção lombar, para investigar a infecção, o que para muitos foi uma experiência difícil, conforme revela H5:

E a punção então foi pior, né!? Uma dor de cabeça, uma dor de cabeça que não terminava nunca, me receitaram um anti-inflamatório. Eu acordei duas horas da manhã, parecia que eu ia ter uma taquicardia, o corpo todo dormente, falei:-Pronto! Ferrei! (H5, 54 anos)

O enfermeiro está preparado para incluir nas consultas de enfermagem as orientações quanto ao preparo pré e pós punção lombar, ressaltando a importância da realização deste exame complementar e outros, se necessário, para traçar junto com os demais profissionais, a conduta terapêutica.

Estudo realizado com mulheres diagnosticadas com IST no Ceará, observou que após a descoberta das infecções, há profunda reflexão quanto ao ocorrido, momento em que procuram saber de quem é a culpa (SOUSA; BARROSO, 2009). Algo similar foi percebido entre os homens deste estudo. Ao receberem o diagnóstico, foi evidenciado uma tentativa de achar o culpado pela contaminação, o que parece ser algo muito relevante na vida desses homens, tanto que em vinte narrativas a palavra “culpa” surgiu, e alguns entrevistados culpavam-se pela infecção, como descrito nas narrativas de H3, H4, H9 e H20:

O culpado sou eu que não me cuidei talvez, né!?(H3, 41 anos)

Eu não consigo me culpar, mas ao mesmo tempo, eu fico me perguntando: - Poxa! Dei mole assim, sabe! (H4, 33 anos)

Aí a gente fica com essa dúvida na minha cabeça também, será que eu não peguei isso de alguém, e posso ter contaminado minha esposa.(H9, 21 anos)

Passsei esse bagulho para a mina, ainda sem saber, tá ligado! Não passei sabendo, não. (H20, 26 anos)

Na maioria dos casos, os homens culpam as parcerias sexuais por terem transmitido a sífilis, como retratado nos depoimentos abaixo:

Eu posso ter passado para outra pessoa ou eu posso ter pego de uma dessas garotas que eu tive nesse relacionamento, né! (**H1**, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

Lá eu conheci uma pessoa, e a gente acabou se relacionando nesse dia. Eu acho que foi dele, porque foi a única pessoa depois do meu namorado foi ele, entendeu!?! (**H3**, 41 anos) (grifo da pesquisadora)

Quando eu fui nessa sauna, eu encontrei um menino, a gente ficou, se beijou e fomos lá para a sauna, e ficamos na sauna um pouco mais à vontade. [...], porque eu não tive penetração sem camisinha com esse menino.[...] a única coisa que eu fiz foi roçar o meu pênis no ânus desse menino, depois na hora da penetração em si, eu coloquei a camisinha. E enfim... E depois dele eu não transei com mais ninguém. [...] Esse ficou marcado com esse menino, porque eu tinha transado com ele, eu não transei com outras pessoas, e se a gente for ver o ciclo que é, o período de incubação que é de 45 a 90 dias, bateu certinho com 45 dias para o aparecimento do cancro, então ficou marcado com ele, porque foi exatamente, eu não tinha mantido relação sexual com mais ninguém, só com ele e bateu direitinho os 45 dias. (**H14**, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

[...] e essa que aconteceu foi no intercambio que eu fiz, e foi sem preservativo duas vezes, e com certeza foi lá que eu peguei! E eu vi o tempo que isso gera, que a doença gera a sair de verdade, poucas semanas, né!? E eu voltei, tem poucos dias, tem 1 mês e meio que eu voltei, então eu falei: - Foi de lá, obvio! Porque eu voltei para o Brasil e não me relacionei com mais ninguém, eu voltei e fui para o retiro, e no retiro eu vi! Aí então eu falei: -Então foi de lá! (**H28**, 26 anos) (grifo da pesquisadora)

Em alguns casos, a multiplicidade de parcerias sexuais não permite associar o contágio a uma pessoa específica, principalmente nas situações em que os homens utilizam com regularidade o preservativo para o sexo anal ou vaginal, mas não o aderem da mesma forma na prática do sexo oral, como é o caso do entrevistado **H4**:

Então eu não sei como isso aconteceu assim... Se foi um contato em saunas, ou nesses lugares que eu frequento de sexo coletivo, e de ter um esperma contaminado e de eu colocar a mão achando que era água, sabe assim!?! (**H4**, 33 anos)

Um dos entrevistados, além de refletir sobre o momento do contágio, sente-se injustiçado por ter tido poucas parceiras sexuais ao longo da vida e por não se considerar promíscuo, conforme fala a seguir:

No outro dia eu estava rezando aqui, e estava me perguntando o que que eu errei na vida? Nunca fui criado na vagabundagem, fumei, fumei cigarro, uma carteira dava para 2 dias, mas não fui criado na piranhagem, na vagabundagem, molecagem na rua, não sei... Para pegar uma doença dessa. (H30, 65 anos)

Outros participantes ao refletirem quanto ao momento da reinfecção, alertam mais uma vez para a importância do estímulo do uso do preservativo durante o sexo oral (CHOW et. al., 2016), pois mantinham relação com parceiros únicos e usavam preservativo nas relações vaginais e anais. Percebe-se claramente que o sexo oral é um dos grandes desafios ao exercício da sexualidade segura e saudável:

E aí eu fiquei achando que foi nessa hora! {Que o parceiro fez sexo oral sem preservativo} Só pode ser! Ou ele já veio! Ou ele já estava contaminado! Ou foi nesse dia que eu passei para ele! Acho que foi uma ou duas vezes no máximo {Que fizeram sexo oral sem preservativo}, entendeu!? (H5, 54 anos)

[...] Mas a sífilis estava sob controle! Aí eu não sei se foi numa deixada dessas: ou através de um beijo ou um sexo oralzinho com ela, entendeu!? Que eu peguei essa doença, ou que eu passei para ela. (H6, 56 anos)

Relacionamentos anteriores dos parceiros também são sinalizados como possíveis culpados pela infecção. A fala de H1 revela que sua namorada atual culpa a sua ex-parceira pela contaminação do homem. E H9 associa alguns sinais clínicos, que percebeu no ex-marido da parceira, a uma possível infecção por sífilis:

[...] ela fez o exame e deu negativo. Aí ocorre aquele negócio de namorada, que se ela deu negativo, aí começou a culpar minha ex., [...] Eu também não sei se foi ela que me passou ou não! Não tem como saber, também, né!? (H1, 29 anos)

Até mesmo o ex-marido da minha esposa, esses dias agora ele estava com ressecamento nos pés, nas mãos... Foi aí que eu até comentei com ela antes: -Amor... isso aí está estranho, já teve gente que conviveu comigo, com esses mesmos sintomas e depois foi surpreendido. (H9, 21 anos)

A identificação das parcerias sexuais é importante para que sejam diagnosticadas e tratadas visando, assim, bloquear a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção destes homens. Saber exatamente o momento de contaminação torna-se bem difícil, uma vez que diversos fatores contribuem para o contágio das infecções provenientes das relações sexuais (JARDIM; SANTOS, 2012; ARAGÃO et al., 2016; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018). No contexto destas relações, o ciclo das IST somente poderá ser interrompido pela aderência ao uso do preservativo, ferramenta que deve ser trabalhada com a população de homens,

de preferência em associação com suas parcerias sexuais, numa perspectiva de repadronização do cuidado cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

A mudança de práticas pelos entrevistados estaria resumida, principalmente, na inclusão da camisinha em todos os tipos de contato sexual, o que não parece trivial na vida dos homens desta pesquisa. Sendo assim, é extremamente importante a escuta, a anamnese bem detalhada e, ainda, a descrição por eles do que pensam, sentem e de como se relacionam entre seus pares, para que a implementação do cuidado seja construído a partir das suas necessidades.

A sífilis está associada ao desfavorecimento social e econômico (FESTA NETO; CUCÉ; REIS, 2015), o que provavelmente fez com que um dos entrevistados, pelo fato de ter nível superior, tenha se culpado pela infecção:

-Poxa! Eu tenho faculdade, eu não sou um pessoa... Todos nós somos ignorantes dentro de um universo! Mas assim, eu não sou ignorante ao ponto de ter adquirido essas doenças que eu adquiri, e eu acho que elas são classificadas por pessoas de baixo intelecto, não sei assim sabe!?! Não que eu seja o Einstein! Mas eu também não sou ignorante ao ponto de saber que eu deveria ter me cuidado mais. (H4, 33 anos)

Nesta pesquisa, uma parte considerável dos entrevistados possuía nível superior completo ou incompleto e alguns tinham renda de mais de seis salários mínimos. Este achado pode desmistificar que esta infecção sexualmente transmissível esteja associada à baixa escolaridade e ao desfavorecimento econômico. O Boletim Epidemiológico da Sífilis demonstra que o maior percentual de indivíduos notificados possuía nível médio completo (BRASIL, 2017a), ou seja, o mínimo da proposta para a educação brasileira, que é garantir a educação básica a todos (BRASIL, 2013b).

A sífilis acarreta danos a esses homens em diversas esferas, sendo o comprometimento físico (AZULAY, 2013) causado pela infecção o mais citado. Dois casos chamaram atenção e merecem ser descritos, pois a fase primária da sífilis é marcada pelo cancro duro, que é associada a uma lesão indolor (BRASIL, 2015a). Contudo, a literatura descreve quadros clínicos diferenciados em homens com presença de balanite (ABDENNADER, 2012; OANTÃ; IRIMIE, 2013; ROVIRA-LÓPES et al., 2015), como a balanitis sifilítica de Follmann (SBF), tida como uma manifestação da sífilis primária. Esta sintomatologia parece ser incômoda, como foi relatado por dois homens:

Sendo que quando eu voltei com ela, a gente ficou, mais ou menos, vamos botar aí uma semana, duas semanas mantendo relação, e depois eu parei por conta dos ferimentos que eu estava tendo no pênis, que já estava mesmo me incomodando, na hora da penetração. **(H1, 29 anos)**

[...] Depois que começou a ferida, eu continuei sem saber o que era, eu achei que não era nada, aí doía muito, doía, [...] sentia dor, passava assim parecia que aqui dentro parecia que tinha ferida lá, e puxando também doía muito, e não conseguia fazer nada, doía muito. **(H10, 18 anos)**

Divulgar a informação de que a lesão característica da fase primária da sífilis pode estar associada à dor, é importante entre os profissionais de saúde, pois o desconhecimento pode dificultar e retardar o diagnóstico, ou ainda realizá-lo erroneamente como, por exemplo, associando a lesão a outro tipo de infecção sexualmente transmissível associada à dor, como é o caso do cancro mole.

Em outros casos, a impossibilidade de sorrir e a alopecia, foram descritas por dois homens que tiveram neurosífilis, sendo que o primeiro relatou paralisia facial, como veremos nas falas de H3 e H15:

Está vendo essa paralisia me deixou meio aéreo. [...] Gosto de fazer amigos, de sorrir, que eu não posso mais sorrir. **(H3, 41 anos)**

O que mais me afetou foi o meu cabelo, meu cabelo me deixou muito mal, se tem uma parte que eu acho bonita em mim é o meu cabelo, a minha unha, mas o meu cabelo é fundamental para mim! Minha identidade... Eu sou {Fala o nome completo} se eu tiver cabelo comprido, [...] eu sempre tive cabelos longos, sempre tive meu cabelo muito elogiado, quando meu cabelo começou a cair, eu fiquei apavorado! **(H15, 45 anos)**

A sífilis provocou também abalo e rompimento nas relações afetivas no momento diagnóstico da infecção, como foi relatado por H6 e H20:

Eu tinha medo de beijar ela, por causa que... no caso, porque eu já tenho uma infecção pelo HIV, então eu achava que era Herpes, eu não achava nada que seria sífilis, eu achava que era Herpes, e eu evitava de beijar ela. **(H6, 56 anos)**

Eu estava com minha ex-namorada e pá! E até terminamos, por causa desse bagulho { da descoberta da sífilis }. **(H20, 26 anos)**

Os danos sociais provenientes das lesões de pele durante a fase secundária da sífilis, também foram relatados pelos homens, provocando afastamento do trabalho e das atividades diárias, como relatado a seguir:

Aí essas marcas assim, foi mais assim mesmo, tipo uns furinhos, e aquela alergia braba, sabe!? Não coçava não, só ficava aquela erupção, né!? Parecia que ia arrancar a pele fora, ficava cheio de furinhos e vermelho, se eu pegasse sol ficava tudo vermelho, parecia que eu tinha queimado na praia, sabe!? Não podia nem pegar sol naquilo não, ficava em casa, enclausurado! (H7, 58 anos)

Teve um dia que eles não deixaram eu trabalhar, não... Porque eles viram que tinha muito, aí mandaram eu voltar para casa, procurar um médico. (H10, 18 anos)

Outro entrevistado referiu dificuldade em revelar o diagnóstico à família, demonstrando que o julgamento familiar pode causar um dano no meio social do homem, que também pode ser provocado pela sífilis, como é relatado por H20:

A minha família é fogo! A família é neurótica! Não quero nem falar sobre esse bagulho, [...] É, não aceita não, tudo não! Não aceita tudo não, tá brincando!? Imagina tu chegar e falar para a família que tá com sífilis! É feião!(H20, 26 anos)

Figueiredo, Silva e Tonini (2017) referem que descobrir a possibilidade de adoecer é aterrorizante na vida das pessoas e por isso seja importante ter entendimento que cada um é único, mesmo tendo a mesma doença. E como profissionais de saúde, ao considerarmos que a visão de mundo inclui os valores e estilo de vida dos indivíduos (LEININGER; MCFARLAND, 2015), torna-se importante compreendermos o significado da descoberta diagnóstica para estes homens, vislumbrando apoio no enfrentamento da infecção, auxiliando-o no processo de recuperação do seu estado de saúde e até mesmo na repadronização de seus hábitos de vida e no cuidado cotidiano.

Como já sinalizado em outros estudos (OLIVEIRA et al., 1997; SOUSA; BARROSO, 2009), as IST provocam na vida de homens e mulheres algo além dos danos físicos. E esta pesquisa demonstrou que a sífilis afeta estes homens, não apenas organicamente, mas na área afetiva e em suas vidas sociais. Os prejuízos subjetivos devem ser divulgados nas práticas educativas, como forma de estimular a sensibilização dos homens na adoção de práticas preventivas. Sendo assim, os profissionais devem ficar atentos durante o momento diagnóstico e terapêutico para que apoiem as necessidades subjetivas dos homens, o que contribuirá para a promoção do cuidado integral.

Aspectos relacionados com as iniquidades de gênero, interferem no estado de saúde de mulheres e homens (BARATA, 2009). Percebe-se que o padrão hegemônico da

masculinidade, reflete negativamente no autocuidado e no cuidar do outro que, historicamente, têm sido ações atrelados ao feminino (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017; FIGUEIREDO; SILVA; TONINI, 2017). Pelo fato de os homens não procurarem os serviços de saúde de forma preventiva, acabam por dificultar um cuidado antecipado que poderia evitar complicações, a exemplo da neurosífilis, em que eles necessitarão de uma atenção especializada (SCHWARTZ; MOURA; LIMA, 2017). Nesta pesquisa, alguns entrevistados deixaram claro que, se não fosse o sinal clínico, o comparecimento às Unidades de Saúde não ocorreria naquele momento:

Pensamento a gente sempre tem, então uma vez cheguei a ter pensamento de estar fazendo {Exame diagnóstico para IST}, mas aí pensai: -Eu não tenho nada. Até mesmo por não aparentar ter nada, né!? Volta a se preocupar mais quando começa a aparecer alguma coisa, aparentar alguma coisa, aí a gente começa a se preocupar mais, como foi o meu caso.(H1, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu fiquei mal e procurei tratamento, eu procurei atendimento. (H23, 43 anos)

Estes relatos reforçam a necessidade da inclusão do homem nos Serviços de Saúde de forma preventiva, com oferecimento de testagens sorológicas e outros exames preventivos elencados pelos programas ministeriais, independentemente da apresentação de sinais clínicos da infecção.

Barata (2009) diz que as mulheres tem maior percepção quanto às suas necessidades de saúde e assim, utilizam mais os serviços de saúde. O processo de socialização do homem associado à dificuldade de reconhecer suas necessidades de saúde, contribuem para que os homens se coloquem numa posição de invulnerabilidade (SCHWARTZ; MOURA; LIMA, 2017), o que certamente é um dos atributos da masculinidade hegemônica, que pode contribuir para o desfavorecimento do acesso aos serviços de saúde. Essa invulnerabilidade é ratificada com as altas taxas de mortalidade no público masculino, principalmente no que tange a causas externas, que chegou a ser 20% maior do que no público feminino, nos últimos dez anos (BRASIL, 2018a). E a descrença no comprometimento com a saúde foi perceptível em algumas narrativas deste estudo:

Acha que a gente nunca vai estar sujeito a nada, acha que a gente tem uma saúde de ferro e tudo mais, e que nunca vai acontecer nada! (H1, 29 anos) (grifo da pesquisadora)

Acho que eu falei mais ou menos tudo que eu acho de toda a questão que envolve a sífilis, que tudo parte de mim, não é do médico, não é do fulano, é de mim. Se eu não me cuidar, não é o médico que vai me cuidar, o médico

vai me cuidar sim, quando eu estiver doente, mas antes quem tem que me cuidar é eu, não é fulano, nem beltrano, é eu que tenho que me cuidar. E isso é raro, eu não me cuido!(H12, 49 anos) (grifo da pesquisadora)

Mesmo quando procura e consegue acesso ao serviço de saúde, o homem pode não se envolver muito com a terapêutica a ele implementada, conforme a fala de H4, que tinha um proctologista de sua confiança mas, ao apresentar uma infecção anal, pareceu não querer ter um conhecimento mais aprofundado sobre o seu estado de saúde:

Toda e qualquer coisa que aparecesse ele {O médico} cuidava, porque foi quando começou a existir essas questões de doença na minha vida, [...] Na própria consulta ele já fazia o tratamento, mas eu nunca me inteirei para saber o que era de fato, assim, se era alguma doença mais grave, e como ele fazia o tratamento de uma forma rápida, eu achei que não fosse nada grave. (H4, 33 anos) (grifo da pesquisadora)

Neste relato, o homem não teve dificuldade de acesso ao serviço, mantinha vínculo de confiança com o profissional, contudo, faltou assumir o protagonismo do cuidado consigo, oportunidade perdida também para a realização de testagens sorológicas para sífilis e orientações saudáveis na esfera do exercício da sexualidade.

Atendimentos especializados são espaços de atuação e cuidado do enfermeiro, considerando que a profissão tem a sua essência voltada para o cuidado (LIMA, 2006; WALDOW, 2012). Para alguns especialistas, a exemplo do proctologista, caberia diagnosticar e tratar questões orgânicas pontuais, o que não atenderia as necessidades de H4 de forma integral. Neste cenário, os profissionais poderiam trabalhar integrados e o enfermeiro faria a implementação do cuidado de enfermagem, a partir dos modos de vida e no contexto do ambiente em que os homens vivem, de forma a estimular o autocuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

Dentro do próprio movimento LGBTI parece haver uma desigualdade assistencial, percebida na fala de um dos homens que se classificou como homossexual. Ele parece sentir-se negligenciado pelas políticas e programas de saúde, conforme revela na sua narrativa:

Na militância gay, eu mudei um pouco o meu discurso, a gente vem protegendo muito as trans, os homens trans, fazendo conscientização e eu acho que já está de bom tamanho! Agora eu me preocupo muito com a saúde dos homens gays, bissexuais, sabe!? Porque parece que estão largados assim... E sem orientação. (H15, 45 anos)

Santos(2017) descreve que, embora o PNAISH preveja a atenção integral a todos os homens, considerando os distintos grupos sociais, ela não estabelece ações específicas ao

público de homens gays e bissexuais. Propomos a inclusão de ações e estratégias específicas para esta população voltadas ao cuidado com a saúde e, principalmente, com relação à prevenção e manejo da sífilis.

Muraro e Boff (2002, p.18) acreditam que “o desafio atual consiste em vermos como devem ser redefinidas as relações de gênero para que, junto com outras forças, nos ajudem a construir uma alternativa salvadora para a humanidade e para a própria Terra”.

No que tange à saúde, independente do grupo social, todos deveriam ter acesso e utilizar os serviços que atendessem as suas demandas específicas, sendo que aqueles com maior vulnerabilidade deveriam ser tratados com atenção, visando garantir a equidade e, ainda, diminuir a sua desvantagem social. Nesse contexto, a equidade de gênero não seria determinada na tentativa de igualdade entre homens e mulheres quanto ao estado de saúde ou consumo de bens e serviços de saúde, mas sim no atendimento equitativo das necessidades de saúde de ambos (BARATA, 2009).

Nesta pesquisa foram identificadas características do processo de socialização dos homens que lhes atribui a ideia de risco, força e provisão contribuindo, conseqüentemente, para o seu afastamento dos serviços de saúde. Sendo assim, os profissionais de saúde deverão estar abertos, dispostos lançar mão da escuta ativa e negociar o cuidado, dando outras possibilidades para interpretar o cuidado masculino, a partir das suas demandas (GOMES et al.,2016). Ao invés de julgar o homem por não comparecer aos serviços de saúde, torná-los mais atrativos, assisti-los nos ambientes sociais por eles frequentados e, assim, sensibilizá-los quanto à importância da prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, como enfatizou o vigésimo quarto entrevistado: “*a gente vê que a coisa é bastante séria, porque a gente tem vontade de viver, né!?*” (H24, 38 anos).

As atitudes favoráveis ou desfavoráveis a saúde vão sendo construídas desde a infância, através da observação de modelos externos ou grupos de referência. Meyer (2010) descreve que, desde a gestação, estratégias difíceis de serem identificadas, de forma sutil e naturalizadas, fazem com que os indivíduos aprendam a ocupar ou reconhecer seus lugares sociais, e ainda afirma que o conceito de pedagogia cultural, amplia as noções de educação e educativo, pretendendo somar forças a esse processo, incluindo neste as esferas familiares, as escolas, os meios de comunicação, e até mesmo os brinquedos, as músicas e o cinema.

O gênero, ao ser considerado uma construção histórica, está aberto a mudança histórica. Assim, as masculinidades que são constantemente reconstruídas ao longo da do tempo (CONNEL,1995), não são uma essência constante e universal (KIMMEL,1998). Em época em que se fala em nova paternidade, num homem mais envolvido no cuidado ao filho e

nos trabalhos domésticos (SOUSA, 2017), na maior preocupação em acolher os homens nas Unidades de Saúde, deve-se pensar no processo de educação e nas ações intersetoriais que podem ser promovidas nas escolas.

As políticas públicas sociais são adotadas para proteger os indivíduos contra riscos sociais e promover o bem-estar e a cidadania. São vistas ainda como forma de investir no desenvolvimento mais justo e sustentável (MENICUCCI; GOMES, 2018). Considera-se que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2009) tem como uma de suas diretrizes promover a articulação interinstitucional, utilizando em especial o setor educação como promotor da forma de pensar e agir dos indivíduos. Louro (2011, p.90) acredita que é “possível transformar toda a sociedade a partir da escola ou supõe ser possível eliminar as relações de poder em qualquer instância”.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais orientam a estimular a adoção de hábitos de cuidado com a sua saúde e com a coletividade, o conhecimento do próprio corpo, a valorização e cuidado da saúde como condição para usufruir do prazer sexual, através da adoção de práticas de sexo seguro, para a prevenção das IST e da gravidez indesejada (BRASIL,1997). A articulação do setor saúde com o da educação é importante no enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo as escolas locais privilegiados para a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2011b).

Um exemplo do trabalho associado da saúde com a escola é de que esta última, pode atuar positivamente no sentido de criar uma ligação estreita e de comunicação com as Unidades de Saúde mais próximas, para romperem as resistências de alguns grupos, como os adolescentes, de procurarem os serviços de saúde em busca de orientação preventiva ou terapêutica.

Entender a cultura é necessário para se repensar as práticas de saúde e o que tem afastado os homens dos serviços (PEREIRA, 2017). E no setor saúde, é preciso criar novas práticas e reorganizar os serviços, tornando-os mais atrativos a estes homens. Mas, para isso, é necessário inicialmente, realizar uma aproximação dos mesmos, ouvindo-os, compreendendo as suas necessidades objetivando atendê-las, possibilitando inclusive que avaliem as práticas assistenciais a eles implementadas, pois isso é um passo para atingir a assistência integral à população masculina.

Para a busca de uma nova realidade, com investimentos na socialização de homens mais envolvidos no processo saúde-doença e serviços mais preparados para a sua assistência, é também necessário que os sujeitos participem da construção deste processo com práticas

diversificadas, que incorporem os modos populares e tradicionais do cuidado (BRASIL, 2014c). Para isso, torna-se fundamental considerar os espaços ocupados pelos homens, incluindo as condições sociais, econômicas e culturais que vivenciam. E na perspectiva de Leininger, a enfermagem teria um papel fundamental nesse processo de articular o cuidado genérico e científico (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

Araújo e Leitão (2005) descrevem que é necessário investir mais, a nível do SUS, no acesso à consulta para homens com IST. E na fala de alguns homens, foi constatado que o acesso ao serviço de saúde pode ser facilitado pela posse de “plano de saúde”, conforme evidenciado nas falas de H4 e H29:

Eu sempre tive plano de saúde a vida inteira, então era uma constante eu ir no proctologista, no urologista e clínico geral ver se estava tudo bem. Enfim... Tinha um proctologista, que ele sempre me assistia, e que ele era maravilhoso, era porque eu perdi o plano depois, e aí eu não tive mais como pagar a ele. (H4, 33 anos)

Eu nunca tive dificuldade em acesso porque eu sempre tive plano de saúde. (H29, 30 anos)

Nas falas desses homens, o acesso ao serviço de saúde pareceu ser facilitado pela assistência que deveria ser complementar (BRASIL, 1990). Isso se mostrou como um fator que resulta na iniquidade de acesso aos serviços e ainda traz implicações quanto ao tipo de assistência a que estão expostos. Dois homens relataram falhas diagnósticas e terapêuticas provenientes da assistência privada, contudo, esse tipo de problemas também ocorreu nos serviços públicos de saúde. Neste último, a forma de organização dos serviços poderia favorecer maior identificação de suas falhas, o que favoreceria investimentos na correção da problemática e melhoria na qualidade da assistência prestada.

Um problema de assistência diagnóstica e terapêutica nos serviços privados, seria a subnotificação dos casos, fato ratificado por um dos entrevistados, que tem acesso à assistência privada, como evidenciado na sua fala:

Aí eu vejo as pessoas aqui... Pelo que eu vejo, são a maioria das pessoas mais desprovidas, menos abastadas financeiramente, culturalmente, de grau escolar no sentido geral e profissional. É o que eu vejo! Talvez essa doença esteja atingido essas pessoas mais, e talvez essas pessoas não tenham tanta relevância para a sociedade. [...] Vai começar a atingir os mais abastados que talvez aconteça alguma coisa. Eu não sei bem se ainda é uma doença de puta, de viado, de travestis, de bordel baixo, de puta de rua, mas o bacana que tem dinheiro, ele também come uma puta na rua, ele também come um travesti na rua. Então de repente, mas aí ele consegue esconder isso no consultório do doutor particular dele. (H22, 40 anos) (grifo da pesquisadora)

Esta fala traz a reflexão sobre as questões de iniquidades sociais e econômicas que podem acometer a sífilis, levantando ainda a possibilidade de a infecção não aparecer com tamanha representatividade entre as classes econômicas mais favorecidas, não pelas mesmas não serem acometidas por esta, mas pela dificuldade da identificação dos casos, visto que as consultas com médicos particulares teria o propósito do tratamento individual, não tendo o foco na perspectiva epidemiológica, o que poderia contribuir para a não notificação dos casos, o que dificulta a compreensão da magnitude da sífilis neste grupo populacional.

Castanheira et al. (2014) ao analisarem as diferenças de utilização de serviços de saúde em Belo Horizonte - MG, na perspectiva dos usuários do SUS e da saúde suplementar, identificaram que estes primeiros têm menor êxito no atendimento, mas que em ambos, os públicos avaliam positivamente o atendimento recebido. O vigésimo segundo entrevistado reconhece a qualidade dos serviços públicos de saúde, local em que realizou o seu tratamento para a sífilis, mesmo tendo possibilidade de ter acesso à assistência privada:

O tratamento aqui é... Me dá muito orgulho! Eu conheço outros países, eu visito outros países... Eu duvido que nos Estados Unidos da América uma pessoa que não seja abastada, que não tem um plano de saúde, que ele vai conseguir publicamente o que eu consigo aqui! Mas isso brasileiro não sabe! Isso brasileiro não fala! Não fala isso no jornal. O que querem falar, ou querem empurrar é que é uma merda! Querem sucatear para acabar, para vender plano, mesmo para o mais fodido, o menos abastado ele tem que comprar pelo menos um planinho de 50 ou cem reais eles querem arrancar! [...] Pô! Aqui {No hospital} eu não gastei nem um real! É a segunda vez que eu trato sífilis aqui, sem gastar nem um real, venho aqui o médico vê, eu tiro sangue aqui, o resultado sai aqui, e o remédio tá aqui! (H22, 40 anos)

O acesso à assistência pública em saúde é um direito de todos e um dever do estado. Atender este homem de forma integral, é uma diretriz e um princípio do Sistema Único de Saúde (BRASIL,1990) e, neste âmbito, contribui Mattos (2001) ao descrever que uma assistência integral envolva políticas e programas de saúde, assim como a organização dos serviços e as ações profissionais. Logo, investimentos nestas áreas precisam ocorrer com distintas demandas, para assim atender as necessidades de saúde dos homens.

No que tange à sífilis, uma atenção eficaz e diferenciada no que se refere ao diagnóstico e ao tratamento, incluindo a assistência de profissionais capacitados, poderá ser um “*marketing*” positivo para o SUS, favorecendo com que estes homens procurem a atenção nesta esfera em maior proporção. Ademais, uma atenção de qualidade traria grandes possibilidades na diminuição das alarmantes e crescentes incidências de sífilis gestacional, adquirida e congênita, através da prevenção, do diagnóstico e tratamento precoces.

Outra estratégia é investir em ações diagnósticas dos homens, tanto no seu acesso ao setor privado de saúde, quanto no contexto dos serviços públicos, com oferecimento de testagem sorológica para sífilis como rastreamento oportunístico, como evidenciado nas narrativas de H9 e H28:

[...] eu também eu sou atleta, e sempre me cuidei, já fiz exames, porque todo os anos a federação pede [...] Eu sempre treinei, eu treino desde os 6 anos de idade, e sempre tive essa rotina também de exames, tinha que apresentar meu estado de saúde, até por causa de atestado para tirar a carteirinha, essas coisas para a Federação.(H9, 21 anos)

[...] eu sempre tive essa preocupação, de fazer exames de prevenção, exames de sangue de 6 em 6 meses, fazia teste ergométrico, ia à neuro, batia radiografia, via se estava... Sempre fiz check up, sempre tive essa preocupação, sempre gostei de saber se estava tudo bem. (H28, 26 anos)

Foi observado também que, para alguns homens, o diagnóstico da sífilis pode representar uma oportunidade para cuidarem mais da saúde, como foi relatado por H1e H14:

Eu sendo bem sincero, eu nunca fiz exame para saber essas doenças sexualmente transmissíveis, nunca na minha vida, essa foi a primeira vez que eu fiz, que foi realmente para saber sobre a sífilis, mas parece que tem uma outra, né!? Um outro exame para poder ver HIV e tudo mais, eu quero estar fazendo! [...] Hoje em dia depois até como aconteceu isso, hoje em dia eu estou me preocupando mais de fazer, em ter que fazer em pelo menos de seis em seis meses, de um em um ano. [...] Agora eu vou me policiar mais para poder estar fazendo esse exame sempre com frequência. (H1, 29 anos)

No meu caso, se eu não tivesse tido sífilis, provavelmente eu não ia investigar, porque nos meus exames de rotina não incluía exames para Hepatite B, só incluía o VDRL e o HIV, não incluía Hepatite B e Hepatite C para saber se eu tinha alguma outra doença.(H14, 29 anos)

A Constituição Federal Brasileira (BRASIL,1988) estabelece o atendimento integral como uma diretriz do SUS determinando que, sem prejuízos dos serviços assistenciais, deve-se priorizar o atendimento preventivo. O ditado já popularizado de que “prevenir é melhor do que remediar”, é consagrado no meio popular e da saúde, contudo, prevenir a sífilis envolve uma série de fatores, alguns deles já descritos neste estudo, embora nem sempre as medidas preventivas da infecção sejam de tão fácil aceitação e aplicabilidade pelos homens.

O modelo de Sunrise propõe o cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2015) e para atingi-lo, pressupõe-se que o profissional não deve julgar, e sim auxiliar o homem a conduzir sua vida sexual de forma mais saudável. Nesta perspectiva, Araújo (2007) descreve o aconselhamento como uma estratégia de prevenção na assistência

às IST/AIDS. Nele, o profissional deve estar aberto ao processo simultâneo de aprender e ensinar, em que o poder dos valores populares devem ser pensados, assim como o poder dos meios de comunicação e as relações de poder entre os parceiros.

Dentre as diversas definições encontradas, de uma forma geral, para o termo “Resiliência”, essa é entendida “como sendo o processo onde o indivíduo consegue superar as adversidades, adaptando-se de forma saudável ao seu contexto”(TABOADA; LEGAL; MACHADO,2006, p.104). E de certa forma, o diagnóstico da sífilis parece ter promovido, para alguns homens, uma vontade de cuidar de si e de sua saúde. Cabe ao enfermeiro auxiliá-los neste processo, dando-lhes oportunidade de ter acesso ao tratamento da sífilis, identificar outros problemas de saúde e realizar encaminhamentos para outros programas que beneficiem a saúde e qualidade de vida de cada um.

Vivenciar a infecção pela sífilis fez com que alguns homens se sensibilizem para que seus pares não passassem pela mesma problemática. Isso é traduzido por alguns conselhos positivos, transmitidos durante as narrativas, como se estivessem tentando transmitir uma mensagem voltada para a prevenção dos futuros leitores desta tese:

O importante é que a gente tem que se cuidar... Você não pode se deixar envolver pela emoção... Nunca confiar no outro! Confia em você! Se cuida!(H3, 41 anos)

Eu já peguei mesmo, eu vou fazer o que!? Agora eu só aconselho os outros como!? Não fazer sexo sem camisinha, filho!? Não faz! Porque se não vai ficar pegado!(H20, 26 anos)

Alertar esses jovens que vão para essas festas, seja elas festa do apê, festa do cabide, é... Troca de casais, né!? Festa do pijama. Então se alertar, usar camisinha, olhar a validade, ver se está furada, né!? [...] porque é sua saúde que está ali. (H31, 32 anos)

Essa preocupação com o outro, manifestada após ter vivenciado o diagnóstico da sífilis, pode ser usada pelo enfermeiro e demais profissionais que os assistem como uma ferramenta auxiliar no combate à infecção por sífilis, já que a educação através dos pares, é uma das mais bem sucedidas ações quando se objetiva diminuir o risco de IST entre indivíduos ou grupos com comportamento mais vulnerável a estes tipos de infecções (BRASIL,1996b).

Um relato de experiência atual de uma atividade que se propunha orientar homens e mulheres quanto à sífilis (VEIGA et al., 2017), demonstrou que quando recebem a informação e são sensibilizados, os indivíduos se comprometem a multiplicar o conhecimento adquirido em seu meio social. E isso funcionaria numa espécie de cadeia, em que a informação

é disseminada entre a população por seus pares, ou seja com entrosamento, relação e respeito às características sociais e culturais de cada comunidade.

5.2.2.2- Segunda Subcategoria Analítica

O tratamento da sífilis

Achamos por bem, iniciar esta subcategoria com um assunto levantado nas narrativas de três homens, os quais sinalizaram um problema de saúde pública sério, que não se limita ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, mas repercute negativamente em toda a assistência integral à saúde do homem: a associação de ter tido acesso ao seu plano terapêutico por pura “sorte”, como mencionado nas falas de H2, H5 e H6:

[...] e eu dei a sorte de encontrar na farmácia, eu entrei na primeira farmácia e encontrei {A medicação para tratamento da sífilis}.(H2, 36 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu acho que a gente está esbarrando sempre na mesma coisa... Eu fui tomar benzetacil, e não tinha benzetacil para tomar, e aí?. Eu vou reclamar com o médico? {Sorri}. A impressão que eu tenho é que a gente está sempre entregue a sorte, porque o governo está cagando para você, o médico vai com você até certo ponto, entendeu!?![...] O caso é muito longo e muito lento, entendeu!? Para uma coisa que é urgente! Se você vai num cinema a quantidade de gente é uma loucura, vai qualquer dia para você tú ver! [...] Ainda esbarro e tropeço em algumas coisas... Eu encontrei o {Fala o nome do médico} por acaso, eu vim pegar o meu remédio, e aí vim saber se tinha benzetacil, aí a receita estava caduca, era de maio, aí a enfermeira não quis aplicar, aí a médica que falou para ela assim:-Fala com o {Fala o nome do médico}!Aí eu cheguei assim nessa via assim meio que na contramão, não na contramão, mas assim meio que pelo atalho! Porque se eu já estava aqui dentro do hospital e eu descobri da dentista, por acaso, que tinha um negócio na minha boca, não foi aqui! Aqui eu fiz a biopsia não sei o que, não sei o que, entendeu!? Só que foi por um outro caminho, está entendendo? Sempre é uma coisa meio que um viés, nunca é assim direto! Acho que isso também atrapalha, entendeu!? Aí o governo não ajuda! Aí eu preciso de um remédio que não tem! Não tinha para comprar! Agora que voltou aqui, depois... Desde maio que eu estou esperando... E assim a gente vai... É tudo muito lento, parece que as coisas não é para ontem, entendeu?(H5, 54 anos) (grifos da pesquisadora)

E dar graças a Deus que no País que a gente estar vivendo tem muita coisa ruim, mas nesse ponto, pelo menos tem um remédio para tomar, que deve ter gente por aí pelo mundo que quer um remédio para tomar e não tem. (H6,56 anos) (grifos da pesquisadora)

A saúde é um direito de todos os cidadãos e um dos fatores determinantes seria o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL,1988;1990),Contudo, observa-se que existem inúmeras barreiras entre a população e sua entrada no sistema de saúde (ARAÚJO; LEITÃO,2005; CASTANHEIRA, 2014). Esta dificuldade de acesso, aqui denunciada, infelizmente não se limita à área de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, mas no atendimento das necessidades de saúde como um todo, o que compromete o atendimento integral preconizado por diversas políticas públicas que norteiam a assistência à saúde do homem, inclusive contraria as recomendações da Constituição Federal Brasileira (BRASIL,1988).

Para além das políticas públicas, é necessário investir no setor saúde como um todo e promover mudanças na qualidade de acesso e do serviço prestado, só que isso envolveria um olhar atento do poder público, além do envolvimento dos profissionais e da própria população no sentido de participar ativamente deste processo, não apenas como espectadores, mas sim como atuantes nas mudanças necessárias para este processo.

Com relação a terapêutica da sífilis, parece ser prescrita pelos profissionais sem negociação com os homens e, na maioria dos casos, os profissionais usam a Penicilina Benzatina, que é a droga de primeira escolha para o tratamento da sífilis (BRASIL,2015a), como os homens citam em suas falas:

Ah! Ele passou a vacina do bezentacil! (H1, 29 anos)

Aí a médica passou uma injeção...Três doses no bumbum, por sete dias, a cada sete dias toma uma dose.(H3, 41 anos)

Para Souza (2017), sempre que possível, o enfermeiro deve possibilitar aos indivíduos decidirem sobre a sua terapêutica. E como já foi discutido, é importante o planejamento do cuidado conjunto, e não como uma imposição profissional. Os homens precisam ser protagonistas neste processo, sair da posição de “conduzido” para condutor de seu cuidado, o que poderá favorecer o seu comprometimento com o tratamento, além de maior investimento em mudanças de práticas sexuais mais saudáveis e seguras.

A humanização da atenção à saúde é um processo de diálogo que estimula a integração entre as finalidades técnicas e assistenciais e os projetos de vida das pessoas (OLIVEIRA et. al.,2005). Nesse sentido, é importante estabelecer um contato com os homem que envolva empatia, e não o julgamento. Como foi relatado por um dos entrevistados, as críticas provenientes dos profissionais podem desfavorecer o tratamento do homem, como evidenciado na fala de H27:

E eu me lembro que quando eu tive sífilis, o {Fala o nome do médico} também me deu uma criticada, uma criticada assim não por eu ter pego sífilis, mas por eu ter dado mole. Mas já é o suficiente para deixar a gente constrangido! E são essas coisinhas pequenas que faz as pessoas não voltarem. Essa coisa de querer colocar medo para não fazer de novo! Vai fazer de novo! Eu percebo que alguns profissionais não entendem que eles estão ali para receber, para acolher, não é para botar medo! Mas todos colocam!(H27, 35 anos) (grifo da pesquisadora)

Outro fator negativo, identificado neste estudo, que desfavorece o tratamento da sífilis, foi a falta da medicação nas Unidades de Saúde, situação em que alguns homens precisaram comprar o fármaco ou criaram estratégias para acessá-lo, como sinalizado por **H2** e **H6**:

Aí eu falei:-Ah! Eu preciso de tantas doses e comprei particular, não tinha na rede pública, não tinha em um monte de lugar. (**H2**, 36 anos)

[...], os hospitais públicos onde eu moro, não tem a Benzetacil, nós tivemos que comprar! E como nós somos muito humildes, e nosso dinheiro era pouco... Tinha lugar que a injeção custava... Umas era 20 e pouco, uns era 20, no outro era 18, aí nós compramos na farmácia que era mais barata! (**H6**, 56 anos)

A Organização Mundial de Saúde (2016) traz nas suas recomendações quanto a vigilância das IST, quatro elementos que deverão ser cumpridos no âmbito internacional: 1) notificação dos casos; 2) avaliações da prevalência; 3) avaliação etiológica das IST; e 4) acompanhamento da resistência antimicrobiana. Atualmente, o que tem causado preocupação mundial é a resistência microbiana no tratamento da sífilis, o que faz traçar novas diretrizes para tratar a infecção, estabelecendo como terapêutica dose única para sífilis precoce, por via intramuscular de Penicilina Benzatina, considerada a droga mais eficaz e menos onerosa que os antibióticos orais. Entretanto, a escassez do medicamento no mercado, tem gerado o seu desabastecimento em algumas das regiões afetadas pela doença (ONU, 2016).

A falta da medicação de primeira escolha para a sífilis compromete o seu combate, visto que uma das orientações internacionais para controlar as IST indique como medida prioritária, que deve ser adotada pelos países, a garantia do acesso a medicamentos para tratamento adequado e eficaz da infecção (OMS, 2016). A realidade brasileira aponta para a falta de penicilina benzatina durante o ano de 2015, que também é o único fármaco capaz de atravessar a barreira transplacentária e impedir a transmissão vertical da sífilis, o que demonstra o quanto os esforços devem ser direcionados para seguir essa recomendação, a fim de que efetivamente possam implementar, de forma hierarquizada, as políticas nacionais que preconizam e discursam quanto a garantia do tratamento adequado às IST.

Deixamos registrado aqui a importância de durante as capacitações e cursos de atualização ministrados frequentemente na Instituição, ser focado a importância do registro, e com especificidade da sífilis para que os profissionais de uma forma geral, em suas evoluções, contemplem a classificação clínica ao diagnóstico, assim como detalhamento da terapêutica prescrita e do seguimento dos casos, visto que uma das dificuldades na realização deste estudo, foi o acesso aos prontuários e a compreensão dos casos com a sua respectiva leitura. A descrição das evoluções de acordo com as consultas de segmento, nem sempre deixava clara a fase clínica da sífilis, assim como a posologia do tratamento.

Considerando os sintomas apresentados no momento do diagnóstico relatado pelos homens e nos prontuários de atendimento, observamos que alguns tratamentos não foram estabelecidos conforme as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a). Na maioria desses casos identificados, os homens receberam uma dosagem medicamentosa superior à preconizada para a fase clínica, o que foi associado a uma possível insegurança dos profissionais para classificar a fase da infecção, situação em que parecem preferir “*pecar pelo excesso do que pela falta*” para terem a certeza que a dosagem prescrita seja suficiente para tratar a infecção.

A prescrição diferenciada do preconizado pelos protocolos ministeriais além de poder desfavorecer a cura da doença, pode aumentar os gastos públicos. A narrativa abaixo evidencia, inclusive, a recomendação de interromper o tratamento por reação medicamentosa, e alguns anos posteriormente teve diagnóstico de neurosífilis sintomática:

[...] e na 2ª dose, teve reação alérgica e interrompeu o tratamento por orientação médica. [...] Aí ela {A médica} me orientou que não precisava mais. [...] A única coisa que eu acho é que tinham que dar mais atenção a isso. [...] Eu podia ter me tratado há anos, sem necessariamente ter que passar por esses efeitos colaterais da neurosífilis. (H29, 30 anos)

Mattos (2001) ao trazer as ações profissionais como uma das três dimensões para se atingir a integralidade em saúde, torna implícito que, além da intenção de assistir aos usuários do sistema de saúde, o profissional deve ter conhecimento técnico e científico para estabelecer o tratamento de forma adequada. No caso da sífilis, após a classificação clínica, deve-se implementar o tratamento em negociação com este homem, considerando seus valores culturais, assim como outros fatores relacionados ao ambiente em que está inserido, na perspectiva do cuidado culturalmente congruente (LEININGER; MCFARLAND, 2015).

No início desta pesquisa, a droga de primeira escolha para a sífilis, que também é o único fármaco capaz de atravessar a barreira transplacentária e prevenir a sífilis congênita - a

Penicilina Benzatina (BRASIL,2015a), era distribuída em quantitativo semanal pela farmácia à chefia de enfermagem do ambulatório e administrada conforme prescrição médica, contudo, sem o setor de farmácia ter acesso à receita, assim como a indicação para uso da medicação e o usuário em quem seria administrada, a partir disso um novo fluxo para a distribuição deste fármaco foi estabelecido em acordo com a chefia de enfermagem ambulatorial e a chefia de farmácia.

Desconfortos físicos e emocionais foram descritos, causados por intercorrências ou desconfortos provenientes da administração intramuscular da Penicilina Benzatina:

É eu tomei... Dói que é um horror! Injeçãozinha danada para doer! (H8, 61 anos)

Quando a enfermeira enfiou ela quebrou a agulha, entortou, ela tirou de novo. Aí eu digo: -Ué! Já deu!? -Não! Aí enfiou de novo, quebrou de novo! Aí depois foi na oitava outra vez aí deu[...] (H19, 65 anos)

Seis injeção! Seis injeção de benzetacil na bunda! Tá brincando!? Seis! Logo no início!...]Tomar injeção! Ninguém quer tomar injeção na bunda não! E dói hein! Fiquei com os dois lados da bunda doendo! (H20, 26 anos)

É uma dose em cada lado da... E... Foi bem doloroso! Eu cheguei até a passar mal, nunca tinha tomado essa vacina! Eu achei muito, muito agressivo! Eu fiquei assim... Uns 20 minutos para poder voltar, porque eu enjoiei, deu vontade de vomitar, fiquei tonto, eu quase desmaiei, e aí eu fiquei lá em observação uns 20 minutinhos, meia hora, até ir para o trabalho. E eu fiquei mais dois dias com muita dor!(H28, 26 anos)

Alguns entrevistados revelaram, além da dor, o medo de se submeter à administração de fármaco por via intramuscular, como evidenciado por H5 e H10:

É porque eu morro de medo desse negócio, eu tenho pânico, você não está entendendo!? Eu fico muito em pânico! Eu acho que na primeira vez deu uma vertigem assim, de tanto que eu não relaxo, assim [...], comigo aconteceu uma vez só, de ficar entupindo aquele negócio. Então eu fiquei preocupado com isso, entendeu!? Porque eu estou aqui cheio de dor, e no dia seguinte eu fico péssimo! Eu fico de cama! (H5, 54 anos) (grifo da pesquisadora)

[...]porque eu tenho medo de tomar injeção, eu evito! Meu pai me... Forçava não, conversava comigo, e eu ia numa boa, tomava, doía também, mas tinha que tomar, né!? Tomava, não tinha jeito!(H10,18 anos) (grifo da pesquisadora)

A dor proveniente da administração da injeção intramuscular, parece ser algo que perturba os homens, de maneira geral. Percebe-se pelas narrativas que, mesmo que não tenha aparecido neste estudo, casos de indivíduos que não se trataram ou abandonaram o tratamento

pelo uso da Penicilina Benzatina por via intramuscular, esta possibilidade não pode ser excluída. O profissional, ao assistir os homens diagnosticados com sífilis, precisa ficar atento aos casos de recusa ao uso do fármaco injetável, visto que o cuidado deve ser dialogado com o indivíduo, respeitando as suas características culturais, crenças e desejos (LEININGER; MCFARLAND, 2015). Há outras possibilidades terapêuticas recomendadas e mesmo que não sejam a medicação de primeira escolha para o tratamento da sífilis adquirida, são também indicadas, como o uso da doxiciclina por via oral, que está incluída na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2015a; 2017d), que já foi prescrita e tida como uma alternativa de sucesso em outro estudo (ABAD, 2013).

Alguns homens fizeram o tratamento quando internados por serem diagnosticados com neurosífilis, em que a indicação é a administração da penicilina cristalina endovenosa, ou por estarem acometidos também por alguma outra doença, situação em que se inicia o tratamento da sífilis durante a hospitalização. Nesta pesquisa, foi percebido que a internação pode ser um momento difícil nas suas vidas, como evidenciaram H4 e H15:

E aqui é todo dia o laboratório que passa, vários outros pacientes. Essa questão do laboratório vir dia sim, dia não tirar sangue! De uma certa forma incomoda, eu sempre falo para elas, assim... Porque a gente está dormindo, e elas vieram da rua, vieram de casa, já acordaram, já tomaram café-da-manhã, já tomaram banho, já pegaram trânsito, enquanto a gente está, pelo menos eu, deitado, dormindo. E aí elas chegam, vindo de um outro universo, com outra energia! E dizem: -Ah! Vamos tirar sangue!? Não sei o que lá! [...] E aí quando vem essa situação do soro e de ser piado todo dia, aí eu falo: -Que momento que eu estou passando! E é o que eu sempre falo... Isso não é minha vida real! Eu não quero essa realidade para mim. (H4, 33 anos) (grifo da pesquisadora)

Lembrando que eu fiquei dois dias sem tomar banho. {Refere-se ao momento da internação emergencial para tratar a neurosífilis, ocasião em que estava sem roupa e pertences de higiene pessoal}. (H15, 45 anos)

Gomes e Fraga (1997) revelam que os indivíduos quando internados, são tratados mecanicamente; suas necessidades de natureza emocional são frequentemente ignoradas, momento em que seus valores e conceitos são despojados, são privados de seu convívio social e familiar, convivendo com situações que geram medo, insegurança e ansiedade, a exemplo de ser colocado em uma enfermaria, passando a ser manuseado por diversos profissionais e submetidos a procedimentos invasivos, experimentando uma nova fase da vida em que seus desejos ficam à mercê da equipe de saúde.

Para Lemos et al. (2010, p. 357), “o holismo deve fazer parte da filosofia da enfermagem. A valorização da essência do ser humano deve conduzir o pensamento e as

ações do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana”. Sabe-se que o momento da internação pode promover algumas outras necessidades de saúde para além do tratamento da sífilis, fazendo com que, durante a estadia hospitalar, o enfermeiro deva considerar as emoções e dificuldades provenientes deste processo.

Auxiliar o homem a lidar com este momento pode incluir ações bem simples, como promover um bom banho e disponibilizar roupas do hospital limpas. Ajudaria neste processo a não invasão do seu corpo, sem lhe pedir licença, pois o ato de “*tirar sangue*” pode ser comum no cotidiano do profissional mas, provavelmente, não faz parte da “*vida real*” desse homem que, antes de ser o paciente do leito “X”, é um cidadão, alguém com sentimentos, desejos e sonhos.

A assistência ambulatorial ou hospitalar é somente didática, pois ocorre de forma dinâmica e integrada, sendo fundamental a implementação de ações preventivas e curativas pelo enfermeiro, em ambos os cenários (DANTAS et al., 2005). E durante a situação de internação, seguindo a proposta da repadronização do cuidado cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015), os homens devem ser estimulados a aderir ao uso do preservativo para evitar reinfecção ou contágio por outras IST, orientados sobre a importância de concluir o tratamento medicamentoso e realizar a consulta de seguimento.

É importante o início precoce do tratamento, contudo, a sua ininterruptão é fundamental para a cura. Algumas falas contemplam essa continuidade:

A primeira dose eu tomei aqui, e eu tive que voltar para o trabalho. Eu trabalhava lá em Itacuruça, eu tive que voltar para lá para trabalhar, e lá eu fui no posto médico, fui com as minha pernas para tomar as injeções lá, tomava as injeções,[...](H21, 50 anos)

[...] e aí imediatamente já marcaram a data, tudo direitinho para eu tomar a medicação que eu tinha que tomar!(H24, 38 anos)

A possibilidade de trabalhar em rede é uma conquista para a assistência em saúde. Nos casos em que o tratamento foi referenciado para outro serviço, pelo princípio da regionalização e territorialidade, em que se tratar mais próximo à residência seria a melhor opção, os homens não relataram grandes dificuldades de acesso e conseguiram dar sequência ao tratamento. Contudo, deve-se considerar que esta informação pode não representar a realidade de todos os homens diagnosticados e referenciados a outros serviços, por isso, torna-se interessante trabalhar em parceria com a Atenção Básica quando o diagnóstico for realizado em outro local, pois os profissionais que lá trabalham em território com população adscrita, tem a possibilidade de fazerem busca ativa dos casos de não comparecimento, para

dar continuidade ao tratamento medicamentoso e consulta de seguimento.

Outro fator positivo que pareceu auxiliar o acompanhamento sorológico do parceiro do entrevistado, foi a possibilidade de fazê-lo na Unidade Básica de Saúde próximo à sua residência ao procurar o atendimento por quadro respiratório sintomático, o que culminou num exemplo de assistência integral à saúde, em que se busca identificar todas as necessidades desse homem e não apenas a necessidade sentida no momento:

Olha como são as coisas, ele teve pneumonia, eu te liguei e falei: -Me passa um medicamento! -Não posso! Manda ele para a um... Uma UPA, né!? É porque a UPA que é a emergência, né! E estava tudo em greve, aí ele voltou. Não! Aí você insistiu: -Não vai na clínica da família, não sei o que... Ele ligou: -Não! Vem aqui e não sei o que, consegui, e tava todo mundo em greve! E consegui... -Aí de cara já leva esse exame de VDRL e já faz!(H5, 54 anos)

No entanto, o entrevistado H5 refere desorganização do seu acompanhamento e tratamento quanto à sífilis, o que o deixa um pouco confuso e inseguro, conforme consta na sua narrativa:

Aí você volta daqui a 4 ou 5 meses! Aí eu tive aqui na última consulta! Aí meu exame não estava aqui! Eu achei que estava comigo, e não tava! Aí fica esperando para, quem sabe, tomar o medicamento, e com isso o tempo passa! É tudo meio que assim...Fica tudo meio que no ar assim, sabe!? Você fica sem chão![...]Esse exame do... da punção ficou perdido, na minha cabeça alguém tinha me dado, e não me deu, porque estava aqui, né!? Porque me ligaram para dizer que estava tudo OK, tanto que eu não tinha nenhum pedido para pegar o exame, entendeu!? O exame ficou perdido e por acaso eu achei, isso já é um assunto, né!? Uma coisa meio que... meio bagunçada, né!? Então, quando eu voltei na minha penúltima vez aqui, na minha penúltima consulta, ele não quis me medicar porque ele não tinha o resultado da punção, entendeu!? Então nem benzetacil ele me passou, ele me passou o VDRL, para chegar aqui para saber o resultado, para passar o medicamento, entendeu!?[...] É porque eu fiz um exame que estava aqui! Se não tivesse feito, por conta do pedido que ele fez, eu não teria encontrado! Eu estaria aqui nesse consulta em 25 de janeiro para mostrar um resultado do VDRL para ele passar um medicamento! Desde novembro, né!? (H5, 54 anos) (grifo da pesquisadora)

A narrativa demonstra outro fator negativo para o tratamento do homem, relacionado a uma questão que inviabiliza a sua assistência integral, que é a não organização do serviço de saúde de forma efetiva, situação em que tanto o homem quanto, provavelmente, os profissionais, em meio a tantos pacientes com inúmeras demandas distintas, acabam se perdendo neste processo. A organização do serviço, nesse sentido, poderia agilizar este tratamento, assim como favorecer a sua continuidade.

Uma estratégia seria o estabelecimento de uma possível parceria dos profissionais que assistem o homem com o setor do Núcleo de Vigilância em Saúde da Instituição, em que

estabeleceriam em conjunto um sistema de acompanhamento dos casos diagnosticados com sífilis, não apenas a nível epidemiológico, mas também assistencial, em que a construção de uma de ficha gráfica ou digital pudesse facilmente sinalizar em que momento do tratamento encontra-se o homem, se suas parcerias sexuais já foram convocadas ou não, com a possibilidade de fazer busca ativa em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde.

Ao instituir a Instituição como cenário de estudo, percebi junto ao Núcleo de Vigilância em Saúde uma possível subnotificação de casos de sífilis adquirida, visto que na instituição no ano de 2016 havia somente 8 casos notificados. Foi articulado assim uma estratégia para estimular a notificação dos casos diagnosticados, junto aos profissionais, o que já causou impacto neste quantitativo, pois apenas nos meses de Janeiro a Junho do ano de 2018 foram notificados, na instituição cenário do estudo, 39 casos de sífilis adquirida.

A neurosífilis pode se desenvolver em qualquer estágio clínico da infecção e por não existir um exame altamente sensível e específico para sua detecção, o diagnóstico depende de achados clínicos e alterações no exame do Líquido Cefaloraquidiano (LCR) (MARRA, 2015). A punção lombar para coleta de LCR é indicada em alguns casos, principalmente nos pacientes soropositivos para HIV (BRASIL, 2015a). Contudo, a espera pelo procedimento pode deixar o homem inseguro e ansioso pelo tratamento imediato, como ocorreu com um dos entrevistados, levando-o à automedicação, fato que ele descreveu como um tratamento paralelo ao realizado na Unidade de Saúde:

[...] Quando eu comecei a vir aqui, eu não comecei já a tomar o remédio, foram dois meses só investigando, investigando, fazendo exames, exames e exames, e foi nesse período que eu fiz esse, antes de tomar o remédio que eu fiz o tratamento paralelo para sífilis, foi onde ela desapareceu. O que eu fiz aqui propriamente dito para a sífilis foi um exame de sangue e depois a punção.(H25, 26 anos) (grifo da pesquisadora)

Estabelecer o tratamento de forma conjunta, apoiando este homem e eliminando suas dúvidas de forma que ele tenha segurança na assistência que lhe está sendo direcionada, é um ponto fundamental para a implementação do cuidado.

A automedicação aparece neste estudo como um fator negativo ao tratamento. Através das falas, percebemos que é fácil o acesso ao fármaco sem prescrição e que sua administração é feita por conhecidos ou em farmácias:

[...] eu tomei cinco, até o menino que me aplicou as injeções, nossa! Uma mão maravilhosa.(H8, 61 anos)

[...] eu tomei a Azitromicina, para combater no caso o sífilis, não porque o médico indicou, eu tomei porque eu sabia... Porque eu estava lendo ali e sabia que aquilo servia para sífilis! E aí eu tomei uma semana, um frasco daquele, e sete dias depois eu tomei também[...]Comprei na farmácia, mesmo sem prescrição[...] Mas foi uma injeção que eu comprei na farmácia, e aí o farmacêutico mesmo que aplicou, e falou que se fosse o caso poderia fazer duas vezes na semana, e eu optei por não, porque a injeção é forte, né!? Eu tomei numa segunda-feira e na outra segunda-feira também tomei. (H25, 26 anos)

O uso de antibióticos indiscriminadamente, traz repercussões individuais e coletivas, pois, além da possibilidade dos riscos dos efeitos colaterais de uso de medicações ou doses inadequadas para o tratamento, ainda favorece a resistência bacteriana, que é um dano a toda sociedade. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece critérios para prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos antimicrobianos (ANVISA, 2011) mas, pelo que foi identificado nas falas, o uso desse fármaco sem indicação do profissional habilitado, pode ser algo comum entre os homens diagnosticados com sífilis.

Um fator que se mostrou favorável ao estabelecimento do tratamento foi o acompanhamento claro e objetivo dos casos, além do estabelecimento de vínculo com os profissionais, como referido por H5:

Você brincou comigo ontem:-Eu fico enchendo o seu saco não sei o que... Mas cria uma relação, entendeu!? Você sente que você não está sozinho! [...] Você vê que quando as coisas, quando são... Quando as coisas são feitas de uma maneira muito mais clara e objetiva, parece que as coisas funcionam, até parece que o universo conspira a favor! [...]Então, até isso para você vê, quando as coisas começam a ser mais organizadas, você vê que começa a funcionar, e uma coisa vai levando a outra! (H5, 54 anos)

A formação de vínculo com os profissionais favorece a relação de troca e a criação de um espaço de conversa sobre angústias e medo (ARAÚJO, 2007), assim como a consciência do homem a respeito de todo esse processo, facilitará com que se envolva na recuperação de sua saúde.

A importância de se sentir apoiado e não estar sozinho, mostrou-se como uma fator positivo na vida desses homens ratificando, através de outras narrativas, a necessidade de se estabelecer o vínculo e um bom acolhimento:

Então são coisas que você fica...Se não tiver aquela criatura que está ali, que você sabe o nome! Que você pode ligar... Eu não sei se é possível, né!? Nos dias de hoje, com essa saúde toda ruim do jeito que tá! Esse tipo de relação, entendeu!? Sabe tipo essa coisa do interior, que o médico vai na sua casa, sabendo quem é você:- Oi fulano, eu vim tomar um café! Sabe uma coisa assim. É quase uma coisa utópica, né!? Porque cria uma relação, né!? Pô! Não estou sozinho! Eu acho que isso faz muita diferença, né!? O tratamento, entendeu!?Então tem essa diferença, entendeu!? O profissional da saúde,

isso que eu estou te falando, ele não está ali para ficar te tratando como todo mundo, como se todo mundo fosse igual, porque não é! (H5, 54 anos) (grifo da pesquisadora)

Aí ela fala: -Sabe aquelas enfermeiras chatas!? É assim que eu gosto. {Reproduz a fala da esposa diagnosticada com sífilis na gestação}[...]Aí é bom que eu descobri, me tratei aqui junto com ela... E eu também não tenho nada do que reclamar mesmo. Ótimo atendimento...tratamento. Todo mundo atencioso! Muito bom! (H9, 21 anos) (grifo da pesquisadora)

[...] mas eu confesso a você que se eu tivesse que voltar a algum local, por conta do bom recebimento, do bom acolhimento, seria naquela unidade!(H27, 35 anos) (grifo da pesquisadora)

Aqui os médicos, os enfermeiros, todos que se preocupam com os pacientes, eles ligam, eles falam do exame, eles te medicam, né!? Eles acompanham você, se preocupam com você, né!? Fui bem recebido aqui. Fui bem atendido, né!?(H31, 32 anos) (grifo da pesquisadora)

Até mesmo no momento da administração da Penicilina Benzatina, conhecer o profissional e ter vínculo com ele, parece diminuir a ansiedade dos homens dando-lhes maior segurança no tratamento, principalmente no momento de administrar a medicação, conforme evidenciado por H5 e H22:

Não só de manter o cuidado de vir todas as semanas, não sei o que, não sei o que, mas que o profissional também contribua para o meu nervosismo, para eu não ficar em pânico, porque eu fico em pânico! Mas enfim... Eu fico procurando que seja o menos sofrido possível, né!? Aí a enfermeira que não seja... Que seja boazinha...Para ver se eu relaxava, né!? Aí quando eu vim embora, aí eu falei: -Então tá... Obrigada... Não sei o que... Aí ela me pediu um abraço, ela foi toda fofa! Toda afetuosa! E eu acho que isso faz a diferença! Acho que como a gente está numa situação de doença, não sei o que... Eu acho que esse tipo de relação de alguma maneira te conforta assim, te deixa se sentir em casa, eu acho que 50% aquilo já deu certo, na minha cabeça, entendeu!?(H5, 54 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu vejo às vezes as enfermeiras que cuidam de mim, com todo cuidado, elas tem todo um preparo! Porque sabem que é doloroso! Porque dói! Então se não fizer com cuidado, se fizer uma espuma, se quiser aplicar e deixar engrossar, se entupir, vai doer mais! Vai me machucar mais! Eu vejo que elas fazem aquilo com todo carinho! E elas sempre me abraçam, conversam comigo!(H22, 40 anos) (grifo da pesquisadora)

Considerando a importância do acompanhamento interdisciplinar a estes indivíduos e pensando em melhor auxiliá-los na mudança de hábitos em busca de um exercício sexual mais saudável, assim como no apoio necessário para o sucesso do tratamento, foi proposto a instituição a lotação de um enfermeiro no ambulatório de Imunologia, por ser este um local com grande quantitativo de indivíduos diagnosticados com sífilis adquirida. E assim este

profissional poderá implementar ações de manutenção, negociação e repadronização do cuidado como proposto por Leininger (LEININGER; MCFARLAND, 2015), na perspectiva de atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis.

Ser tratado por uma equipe com bom currículo profissional, foi enfatizado na fala de um dos homens como um fator que propiciaria maior segurança ao tratamento a ele implementado:

Esse é o médico dos médicos! Não tem lugar no mundo em que você vai encontrar médico igual você encontra aqui! As maiores cabeças pensantes desses problemas estão aqui dentro. Se você colocar no Google® o nome dessas pessoas você vai ver o cara na América, vai ver o cara na Europa[...] Eu não fui no particular, eu trato disso aqui, apesar de ter um plano, eu trato disso aqui[...]As grandes cabeças pensantes, os grandes estudiosos que estão P...! Sabe! Com o conhecimento máximo internacional, estão aqui! Lógico! Eles devem trabalhar lá fora, cada um dentro do seu consultório, mas eles estão aqui! O estudo sai daqui! (H22, 40 anos)

No final desta fala, este homem enfatiza a Instituição universitária como palco de estudos relevantes para a saúde e este entrevistado em especial, que quase recusou participar do estudo ao ser orientado quanto à necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo medo de que sua assinatura pudesse fazer vinculação à sua pessoa e, assim, ser identificado, mostrou-se muito feliz e satisfeito por estar contribuindo “para a medicina” com sua narrativa, como foi dito por ele no momento em que cumprimentou o médico que o acompanhava. E realmente contribuiu, ou melhor, contribuíram, pois os trinta e dois entrevistados deram-nos a possibilidade de conhecer um pouco mais do fenômeno, ainda obscuro, que é a sífilis no homem, considerando seus aspectos culturais e sociais.

As consultas de seguimento constituem a forma de verificar a cura da infecção e na pesquisa de campo, observamos que há uma dificuldade nesse acompanhamento regular, principalmente a longo prazo, mas que quando ele ocorre, dá uma segurança ao homem:

[...] fiz novos exames e vi que eu não tinha mais nada. (H3, 41 anos)

[...] mas graças a Deus eu fiz todo o tratamento, voltei para fazer o exame, quando acabou o tratamento, eu fiz o exame e deu negativo, deu como eu não tenho nada. Eu estou curado, graças a Deus, eu estou curado!(H21, 50 anos)

O acompanhamento sorológico após a terapêutica medicamentosa, é tida aqui como uma etapa fundamental do tratamento, visto que há possibilidade de comprovar a cura da infecção. É recomendado que sejam realizados exames sorológicos trimestrais no primeiro ano após o tratamento e a cada seis meses, no segundo ano (AZULAY, 2013).

Uma aflição demonstrada por alguns homens após o tratamento da sífilis, é a ansiedade em ver “o marcador zerado”, como revelaram os homens nas suas falas:

Eu fiz esse acompanhamento só por dois meses porque, na verdade, eu não precisava nem ter ficado fazendo o exame igual eu fazia, que era de duas em duas semanas fazendo o exame, mas eu precisava saber, precisava ver se estava diminuindo a quantidade de microorganismo por campo,[...]Dois meses depois já deu não reativo, mas eu continuei a fazer o meu periódico anual. (H14, 29 anos)

O bom de ter plano de saúde é que a gente vai matando a curiosidade, né!? E eu queria saber como funcionava, então toda semana eu estava lá fazendo o VDRL. E depois que a gente faz o antibiótico, ele vai caindo gradualmente. E nas duas vezes, em um mês eu já estava com 1 barra 8, é bem rápido! (H27, 35 anos)

Sabe-se que, por vezes, títulos baixos (1:2 e 1:4) podem persistir durante meses, sem implicar em novo tratamento (AZULAY, 2013) e isso deve ser informado aos homens, motivando-os ao uso do preservativo para evitar uma reinfecção. Com embasamento na Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (LEININGER; MCFARLAND, 2015), pode-se propor, como ação central, a capacitação destes homens para preservar sua saúde. Neste caso, a realização dos exames periódicos após o tratamento, torna-se fundamental, contudo, eles devem ser informados de que o decréscimo da titulação é gradual, como forma de reduzir a ansiedade e também de orientá-los de que, a partir do primeiro diagnóstico da sífilis, o exame sorológico não treponêmico que fará a detecção de novas infecções.

Quanto ao exame sorológico pós tratamento, foi observado que quando a evolução do acompanhamento não corresponde ao esperado, sentimentos de preocupação e aflição são narrados pelos homens:

Aí hoje eu consegui controlar o HIV e não consegui controlar esse negócio, que me deixa muito preocupado, porque é uma doença silenciosa, entendeu!? Porque eu não sei o que está acontecendo, eu não sei até que ponto isso vai me afetar! Porque até onde eu li, o tempo vai ficando, sei lá... Ataca o sistema nervoso, e aí ferrou!(H5, 54 anos)

O doutor que me trata, ele fez o exame, aí constatou que eu ainda estava com a sífilis, que a sífilis não estava abaixando, aí pediu que eu tomasse outra vacina, aí eu falei:- Doutor já é o terceiro ciclo que eu estou fazendo dessa vacina, é a terceira vez que eu tomo,[...] Doutor, não estou aguentando mais. (H31, 32 anos)

A testagem não treponêmica regular nestes homens pode ser uma necessidade também, devido aos inúmeros casos de reinfecção que foram comuns entre os homens e, em

alguns casos, múltiplas vezes. Para estimular a mudança de práticas, o enfermeiro deve reestruturar o cuidado junto ao indivíduo, considerando o seu modo de vida (LEININGER; MCFARLAND, 2015). A cura da infecção também requer mudança de hábitos, associada principalmente ao uso do preservativo, visto que a infecção não transmite imunidade, por isso, o indivíduo poderá tê-la novamente. Principalmente durante o tratamento, é importante que o homem seja esclarecido de que a cura é verificada posteriormente nas testagem de acompanhamento e que as relações sexuais desprotegidas poderão expô-lo a uma nova infecção, informação que ele pode não ter ciência, como evidenciado na fala de H10:

Eu tratei e achei que tinha curado 100%, mas não sabia, aí continuei usando, depois de um tempo, uma vez ou outra que eu não usei {O preservativo}. (H10, 18 anos) (grifo da pesquisadora)

O comportamento sexual parece não ser tão fácil de mudar, tanto que um dos entrevistados descreve a testagem sorológica como um rito em sua vida, já que tem em mente que não irá aderir ao uso do preservativo:

Hoje eu fico aqui, aí mês que vem vou fazer para saber se deu certo o tratamento e aí pô! Daqui a três meses eu faço de novo, repito tudo de novo. E assim vou, porque eu tenho essa vida sexual assim desse jeito! (H22, 40 anos)

Quando as enfermeiras exercem suas funções em culturais diferentes das suas, provavelmente existirão choques culturais (LEININGER; MCFARLAND, 2015), sendo um dos grandes desafios estar diante de um indivíduo que diz claramente ao profissional que, mesmo após ter sido infectado pela sífilis, não usará o preservativo em suas relações sexuais. Ter em mente o direito desse homem à liberdade de escolha, é uma medida inicial para a implementação do cuidado cultural e, neste caso, a testagem sorológica ao menos possibilitará um diagnóstico mais precoce.

Usar ou não o preservativo é uma opção do homem, mas ser orientado para tal é uma obrigação do profissional. Contudo, fazer o acompanhamento desse homem pode dar a sensação ao profissional de estar “secando gelo” e, nesses casos, um acompanhamento mais próximo com exame físico e orientação para reconhecer os sinais da sífilis, poderá capacitá-lo a identificar esses sinais em suas parcerias e em si mesmo, favorecendo que não mantenha relação com pessoa suspeita e procurar atendimento o mais breve possível, ao identificar algo diferente em seu corpo. Dessa forma, pensamos não apenas no dano individual, mas também coletivo que, com esses cuidados, poderão ser amenizados.

A Carta dos Direitos do Usuário da Saúde (BRASIL, 2011c), aprovada no ano de 2009, na 198ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é caracterizada como uma ferramenta para os usuários do sistema de saúde, tanto a nível público quanto privado, reconhecerem seus direitos e deveres. O documento descreve, além dos direitos dos cidadãos no que tange ao acesso e atendimento nos serviços de saúde, as suas responsabilidades para que o seu tratamento aconteça de forma adequada. Dentre estas, é expresso que o indivíduo deva ficar atento às situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde, para adotar medidas preventivas cabíveis, assim como desenvolver hábitos e práticas que repercutam positivamente na sua qualidade de vida e saúde.

Gelinki (2011) alega que este elemento normativo merece maior divulgação entre os usuários de saúde pois acredita que, enquanto as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) têm suas atribuições bem delimitadas, as famílias não sabem como executar a sua parte da corresponsabilidade no processo de cuidado em saúde. Entendemos aqui que o enfermeiro deva auxiliar no empoderamento dos sujeitos sociais para que os mesmos se envolvam no processo de autocuidado. Uma forma de o indivíduo protagonizar a sua vida e tomar medidas saudáveis de vivenciar o processo saúde-doença, é se responsabilizar junto aos profissionais e gestores em saúde por este processo.

Nesta pesquisa, a corresponsabilidade foi entendida como um fator primordial para prevenir, diagnosticar e tratar a sífilis, visto que o seu contágio se dá num fórum tão íntimo quanto ao do exercício da sexualidade, o que requer desses homens ações mais assertivas nesse âmbito, em que o profissional encontra-se limitado e sem domínio nesta esfera. O reconhecimento pelos homens da sua responsabilidade neste processo apareceu em algumas falas, como narrado por H5 e H24:

Eu só consegui tomar... Eu lembro que minha entrevista com você foi numa segunda, na semana seguinte, quando eu cheguei aqui tinha o medicamento. Aí você falou: -Você não vai tomar? Tinha! Aí eu falei assim: -Ah! Não! Porque eu quero tomar com o meu marido, não sei o que... Então eu já fiquei me sentindo, eu falei: -Ah! Eu acho que eu deveria ter tomado aquele dia, porque eu já tinha consulta marcada, já não precisava remarcar. Entendeu!? Você começa a observar que você precisa ter uma... Cumprir uma... Porque se não fica uma bagunça. E quando eu vi: -Ah! Que legal, não sei o que... Aí comecei a organizar {refere-se ao despertador do celular, agendado para lembrar o dia da administração da medicação} (H5, 54 anos)

[...] As pessoas acham que nunca vai acontecer com elas, né!? Então para que as pessoas tenham o direito de se cuidar, entendeu!? Antes do médico passar para elas que ela tem isso. A pessoa tem que se prevenir, se cuidar, procurar saber, fazer os exames, etc... [...] (H24, 38 anos) (grifo da pesquisadora)

Como o homem normalmente procura as Unidades de Saúde quando já está acometido por alguma doença ou infecção, considera-se aqui que o acolhimento desses homens após o diagnóstico da sífilis, deva incluir um planejamento assistencial que contemple o tratamento e o acompanhamento sorológico, a busca das parcerias sexuais e ainda acordos e negociações quanto aos hábitos sexuais mais saudáveis e protegidos. Esse momento é oportuno para realizar a sua inclusão nos programas de saúde, pois “no momento em que os homens procuram os serviços para a cura, os profissionais de saúde teriam uma boa oportunidade de incluí-los em outros programas e ações, atendendo à noção de integralidade” (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017, p. 49).

Lima et al. (2018), ao coletarem depoimentos de pessoas vivendo com HIV na cidade de Fortaleza, constataram que o acompanhamento em saúde, a partir do WhatsApp®, facilitou o acesso dos usuários aos profissionais de saúde, o esclarecimento de dúvidas e favoreceu o manejo das dificuldades relacionadas ao tratamento. Propomos aqui uma estratégia que pode ser utilizada como ferramenta no tratamento da sífilis no cenário do estudo, que seria a instalação de um aplicativo de celular em que seria proposto a este homem, ao ser diagnosticado com sífilis na instituição hospitalar, que fizesse uso deste como um apoio ao seu tratamento. E nele constasse o seu histórico com datas para administrar as medicações, acompanhamento sorológico e ainda fosse um canal de comunicação com os profissionais, para que pudesse obter informações e dirimir dúvidas.

O tratamento das IST inclui a comunicação das parcerias sexuais (BRASIL, 2015a) e essa também pode ser manifestada como um desejo do homem, como foi referido por **H1**:

Eu estou com esse pensamento sim de falar com essas meninas que hoje em dia ainda tenho contato com elas, ligar para elas, pedir para elas fazerem exames também para saber se tem ou não. (**H1**, 29 anos)

Nesta pesquisa, um dos fatores limitantes ao tratamento completo desses homens, foi a baixa incidência de convocação das parcerias sexuais, pois o acesso a estas para o diagnóstico e tratamento mostrou-se difícil, seja pelo receio de atritos nas relações atuais, pelos ciúmes provocados pelo contato com parceiras sexuais do passado, ou pelo receio de serem expostos por revelar serem portadores de uma IST, como sinalizam as narrativas abaixo, respectivamente:

Como eu falei dessas outras meninas que eu tive relacionamento, né! Eu vou ter que falar, meio que sem que minha namorada saiba, né!? Porque é complicado, mulher é ciumenta demais, e vai ficar falando besteira no meu ouvido, então eu prefiro falar com essas meninas sem que ela saiba. (**H1**, 29 anos)

Fica difícil de você falar, porque se você falar isso, você afasta a pessoa, né!? Às vezes, a pessoa está mesmo interessada em você, tá querendo te ver novamente, e se você falar isso, você vai afastar a pessoa! Então, assim, nem todo mundo é sincero, o ser humano geralmente guarda para si mesmo as coisas, então assim eu não vou chegar perto dele para falar isso, porque eu sei que ele vai se afastar de mim. Já é dificultoso de eu ter alguém, encontrar alguém, e quando eu encontro, e ainda acontece um lance desse eu vou falar para a pessoa? Não vou, porque eu sei que vai se afastar de mim. E ainda por cima vai me culpar, vai querer espalhar para os amigos: -Ah! Eu peguei aquele menino assim, assim, assim, assado e me contaminou, e vocês cuidado, porque ele pode contaminar vocês! Você não sabe o que passa na cabeça da pessoa! Então assim... Eu prefiro... Além de se afastar de mim, vai querer me difamar para as pessoas, então... Eu prefiro não falar, entendeu!?

(H16, 34 anos)

O fato de o homem conseguir contato com as suas parcerias sexuais, não se traduz em sucesso para o seu diagnóstico e tratamento, visto que esses serão conduzidos sem que o homem tenha gerência sobre a situação, como evidenciado por H5 e H15:

Mas aí ficou aquele negócio: Diminui! Aumenta! Diminui! Toma remédio! Não tem remédio! Não sei o que... Fica nessa confusão! Teve uma hora que ele desistiu. **(H5, 54 anos)**

Então ele estava com as mãos e os pés com lesões, com um pano cobrindo, aí eu levei ele para casa, limpei, e era bem em cima e embaixo, e eu falei para ele... Ele tinha uma pendência no exército, aí eu falei: -Cara! Vai para lá! -Eu vou ser preso! Aí eu falei: -Vai para lá! Que eles vão cuidar da sua saúde, porque você está precisando se cuidar! E aí eu... Durante esse período eu já não fazia nada com ele, mas eu tentei limpar e pedi para ele procurar um médico. **(H15, 45 anos)**

Outro estudo já havia apontado como causas limitantes, a convocação das parcerias sexuais (COLEMAN; LOHAN, 2007). Percebemos, assim, que há uma política vigente, com programa específico, que traz orientação aos profissionais para que convoquem as parcerias sexuais dos indivíduos infectados por IST, contudo, nem sempre essa ação é concluída havendo, inclusive, casos que não dependem da vontade do profissional, mas se mostrou como fator limitador a este processo, além dos já citados, o não vínculo dos homens com suas parcerias, o que dificultou o acesso a estas, assim como quando as próprias parcerias não compareceram para diagnóstico ou continuação do tratamento.

Algumas parcerias sexuais foram submetidas a exame diagnóstico e tratadas quando era o caso, conforme revelado pelos entrevistados H1 e H10:

Essa minha namorada que eu estou, ela fez semana passada o exame, já saiu o resultado, o dela deu negativo. **(H1, 29 anos)**

[...] ela fez e deu positivo também, e ela começou a tomar o medicamento junto comigo, ela tomava na sexta e eu na quarta. (H10, 18 anos)

O fator que mais contribuiu para essas convocações foi o contexto das relações com parcerias fixas, em que o homem parece não ter receio de revelar o diagnóstico e ainda mostrar preocupação com a saúde de seu afeto.

Num dos casos em que o homem tinha desconfiança de que o ex-parceiro da esposa poderia estar contaminado, este também foi aconselhado a realizar exames. Esse caso exemplifica uma possibilidade real para bloqueio da cadeia de transmissão das IST, quando numa relação amistosa há um movimento em direção ao cuidado à saúde de todos os envolvidos, como foi feito por H9:

Aí a gente falou para ele se cuidar também, ele falou que ia se cuidar, mas não sei se ele se cuidou. (H9, 21 anos)

Em alguns casos, as parcerias sexuais são convocadas, mas entre realizar o exame e o tratamento parece haver uma lacuna:

É isso que a médica falou para ela, aí o outro médico pegou e deu baixa para ela, aí a médica chamou ela e não deu baixa para ela, e falou que ela vai fazer o tratamento e o acompanhamento. Porque no caso do meu já abaixou! E no caso dela não está baixando! A dela está continuando subir, aí não dá para entender. E a médica falou que ele não entendia desse assunto, que era ela e botou ela para fazer tratamento de novo. (H6, 56 anos) (grifo da pesquisadora)

Eu comuniquei a ela que eu tinha sífilis e imediatamente ela veio fazer, quando constou uma pequena minoria, porque ela já tá também querendo ver, né!? Fazer o tratamento! Para que as coisas para ela se regularizem, e fiquem Ok. Sobre o tratamento! O incentivo primeiro é o tratamento! E isso aí já está dentro de mim para a gente resolver isso. (H24, 38 anos) (grifo da pesquisadora)

Esta pesquisa contribui no sentido de sinalizar falhas no processo de convocação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais, impasses esses que incluíram tanto o acesso ao serviço, quanto a iniciativa do profissional e dos homens em convocá-las, assim como na própria vontade das parcerias de comparecerem ao serviço para este fim. E nesse sentido, reavaliar as normativas que orientam a convocação das parcerias sexuais dos indivíduos infectados por IST, torna-se necessária, pois na atualidade há três tipos de convocação (BRASIL, 2015a) e todas envolvem direta ou indiretamente os sujeitos que, como foi demonstrado durante a pesquisa, muitas vezes, encontram-se sensíveis com a descoberta

diagnóstica, envergonhados por terem adquirido uma IST e com receios quanto à reação das parcerias sexuais na revelação diagnóstica além de, em alguns casos, não terem contato mais com estas, dificultando assim as suas localizações.

Propomos aqui que além da oferta para a testagem diagnóstica em locais de concentração de grupos mais vulneráveis ao contágio pela sífilis, e ainda em ambientes para sexo casual ou comercial, o que favoreceria a captação de indivíduos infectados, seja necessário investir numa forma de convocação anônima sem a identificação do indivíduo alvo da infecção, em que essas parcerias possam ser acionadas pelos serviços de saúde anonimamente.

Figueiredo, Silva e Tonini (2017) consideram que para cuidar do homem, o profissional deva exercitar condutas como: reflexão quanto às suas práticas de cuidar, vislumbrando possíveis ajustes necessários e ainda estar sempre avaliando e julgando sua forma de cuidar, saberes e práticas. Segundo Felisberto et al. (2011), a institucionalização do princípio da integralidade requer o desenvolvimento de grandes ações estratégicas, sabendo que o principal objetivo é debater e democratizar o que é construído nas práticas dos envolvidos com o cuidado em saúde, na pesquisa e no ensino, tendo para isso como possibilidade “as práticas avaliativas”, tidas como uma forma de buscar métodos para investigação, permitindo a transformação da realidade dos serviços de saúde mediante adaptações para melhorias nesse âmbito. Os mesmos autores acreditam que seja interessante dedicar esforços para uma cultura avaliativa em prol da busca pela promoção do cuidado integral à saúde.

E ao considerarmos que os processos avaliativos das ações de prevenção das IST/AIDS são incipientes (ARAÚJO, 2011), finalizamos este estudo concordando com esses autores, na perspectiva de que seja fundamental propor a maximização das práticas avaliativas dos processos de saúde que, a nosso ver, são tida como ferramenta que favorece a aproximação dos sujeitos aos quais dedicamos o cuidado, possibilitando a compreensão das suas realidades sociais e das suas necessidades de saúde e ainda, a verificação da implementação das políticas de saúde e a identificação dos entraves que dificultam a sua aplicabilidade efetiva, o que tornaria possível as adequações no sentido de melhorar os serviços e o atendimento a este público específico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de vida dos trinta e dois homens permitiram identificar que os fatores sociais e culturais influenciam no exercício da sexualidade, podendo favorecer o contágio pela sífilis. Os órgãos governamentais nacionais e internacionais necessitam revisitar as Políticas Públicas referentes à promoção e prevenção de combate à sífilis, necessitando um olhar para a população masculina, com vistas a atender as suas necessidades de saúde e reduzir as suas vulnerabilidades.

Destaca-se que os serviços de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, na rede pública, e até mesmo na rede particular no município do Rio de Janeiro, não se encontram, em sua totalidade, suficientemente preparados e organizados, culminando em desfechos desfavoráveis ao homem no que tange à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. E consideramos aqui, que a assistência integral à saúde da população masculina requer escuta ativa e responsabilidade profissional no atendimento, além da organização dos serviços de saúde, e ainda a implementação das políticas de saúde de forma a atender as suas demandas específicas e peculiares considerando, inclusive, a necessidade de reorganização do fluxo assistencial e do cuidado direcionado a este público.

O conteúdo das narrativas destacou uma forte influência social e cultural no exercício da sexualidade e no autocuidado dos participantes. Considerando que o fenômeno envolve o cuidado preventivo, diagnóstico e terapêutico, e que as Teorias de Enfermagem são necessárias para fundamentar as ações do enfermeiro e de sua equipe, a discussão do conteúdo das narrativas embasou-se na Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, com o objetivo de assistir o indivíduo com foco no cuidado congruente, tendo em vista as diferenças e similaridades advindas dos valores culturais e o contexto do ambiente, uma vez que a enfermagem é intermediadora entre o cuidado profissional e o popular.

As narrativas apontam que as necessidades dos homens na área de saúde sexual, não se restringem à prevenção de IST. Existe carência de espaços para diálogo quanto à sexualidade, considerando sua subjetividade, os desejos, valores e modo de vivê-la. Considera-se ainda neste âmbito, que a qualidade da informação e o tipo de abordagem empregada nas ações educativas, precisam fazer parte das atividades dos profissionais de saúde e, em especial, do enfermeiro, para que ocorram de forma dialogada e respeitosa, com troca de saberes, para que os homens possam exercer a sexualidade de forma mais assertiva e saudável.

O desconhecimento quanto à sífilis esteve presente nas narrativas, tanto antes quanto após o contágio e esta infecção foi associada pelos homens ao universo feminino e à prostituição. A sua transmissão é vista como menos perigosa do que a contaminação pelo HIV devido ao seu potencial de cura, o que ratifica a importância de ações educativas individuais e em grupos, de forma não fragmentada, contínuas e não impositivas, informando sobre os malefícios da sífilis, com foco em auxiliar na preservação da saúde dos homens, objetivando que estes tenham condutas mais saudáveis no exercício da sexualidade. A utilização de outras estratégias, como os meios de comunicação em massa e a internet, também foram tidos como válidos.

O homem precisa ser assistido durante todo o seu ciclo vital, contudo, as fases da adolescência e juventude apareceram nas narrativas como períodos em que se necessita de maior atenção pelas suas peculiaridades, que culminam com a descoberta de um novo corpo, a imaturidade e a inexperiência.

O cenário da escola é tido, por este estudo, como um espaço oportuno e favorável à promoção da educação sexual e ainda, para palco de um novo processo de socialização, menos excludente e mais valorativo, de práticas de autocuidado. Nesse contexto, o Programa de Saúde na Escola (PSE) poderá favorecer ações interligadas entre os setores da Saúde e da Educação, em associação com as famílias, para promover a saúde sexual dos homens em fase escolar, assim como a prevenção do contágio por IST e maior estímulo ao autocuidado.

Esta investigação apontou que o ciclo de contágio pela sífilis não é trivial e requer interesse e competência dos profissionais para desvendá-lo, à exemplo do contexto das relações afetivo-sexuais em que podemos considerar que foi de difícil padronização, no tocante ao tipo de parcerias sexuais, suas durações e as práticas sexuais estabelecidas, o que sinaliza a importância de ouvir atentamente cada um dos homens para que possa ser planejado e implementado o cuidado congruente, considerando sua realidade social e cultural.

As narrativas permitiram a compreensão de que o padrão heteronormativo estabelecido socialmente, desfavorece o exercício do direito sexual, gera preconceito e discriminação, assim como dificulta a descrição real, pelos homens, de suas práticas sexuais e, conseqüentemente, traz entraves para a implementação do cuidado profissional e do autocuidado.

O enfermeiro, neste cenário, tem a possibilidade de colaborar com as mudanças necessárias ao processo de socialização das crianças e jovens e, ainda, na sensibilização dos homens adultos para novos paradigmas e formas de viver, empoderando-os para que tenham condutas e comportamentos mais assertivos e que diminuam as vulnerabilidades ao contágio

pela sífilis, assim como favoreçam o seu diagnóstico e tratamento precoces.

Para os homens participantes da pesquisa e outros indivíduos do seu grupo social, a incorporação do uso regular do preservativo mostrou-se como um grande desafio, fato ratificado pelos numerosos casos de reinfecção pela sífilis e coinfeção com outras IST, a exemplo do HIV. Alguns fatores contribuíram para o não uso do preservativo, favorecendo o contágio pela sífilis, como: o medo de comprometer o desempenho sexual e a sensação de prazer, a utilização da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, a terapia antirretroviral pelos indivíduos vivendo com HIV, a dificuldade para negociação com as parcerias sexuais e o uso de drogas lícitas, como o álcool.

Outros fatores parecem favorecer o uso do preservativo, tais como o envolvimento com parcerias casuais e a intenção pelos indivíduos vivendo com HIV de protegerem as suas parcerias sexuais, além da preferência por determinado tipo de preservativo, como os de menor espessura do látex e preservativo com sabor para o sexo oral.

Práticas preventivas, para além do uso do preservativo, também foram reveladas pelos homens, como a abstinência sexual e o coito interrompido, mas estas devem ser avaliadas individualmente para serem mantidas, negociadas ou repadronizadas, considerando a possibilidade de contágio pela sífilis e outras IST.

As informações quanto as IST e a habilidade para o uso do preservativo, demonstrou diferenciação geracional. Os homens mais jovens, com iniciação sexual após a “era HIV”, tiveram mais acesso às informações preventivas do que os de mais idade, sinalizando assim a importância de criar meios de atingir os homens mais velhos, no que tange às ações de prevenção quanto à sífilis.

O sexo oral mostrou-se uma prática que desafia as prerrogativas do sexo seguro, visto que muitos entrevistados desconhecem este tipo de contato sexual como via transmissora da sífilis, além de revelarem também dificuldade para aderir ao uso do preservativo durante esse tipo de prática sexual.

Propomos que os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, em parceria com o Setor de Educação, busquem impactar nas mudanças culturais, estratégia difícil, mas não impossível, no sentido de incorporação do uso do preservativo nos roteiros sexuais, em que se estimule e trabalhe, individual e coletivamente, o uso do preservativo nas diversas formas de contato sexual, desde a sexarca, para que se torne um hábito durante toda a vida.

A descoberta diagnóstica da sífilis aconteceu, para muitos homens, de forma inesperada, associada a um espanto, até mesmo porque, majoritariamente estavam assintomáticos no diagnóstico. Sentimento de tristeza, arrependimento e vergonha foram

relatados nesse momento, demonstrando a importância do apoio do profissional de saúde e dos familiares. A tentativa de buscar o culpado ou culpar-se pela infecção, também foi revelada, o que torna essa missão difícil pela complexidade do ciclo das IST, podendo ser uma atitude mais assertiva a adesão da prática do sexo seguro, como bloqueio da cadeia de transmissão.

As manifestações de sinais clínicos favoreceu a busca pelo atendimento nos Serviços de Saúde, contudo, alguns homens peregrinaram pelas Unidades de Saúde até obterem o diagnóstico da sífilis, embora outros demorassem a procurar atendimento, mesmo diante da sintomatologia clínica. O teste não treponêmico, seguido do teste treponêmico e da análise do líquido cefalorraquidiano, foram os exames mais utilizados para o diagnóstico. Esta última requer da enfermagem uma atenção especial no preparo para o procedimento e nos cuidados necessários após o mesmo.

A maximização da testagem sorológica foi enfatizada e também a importância de criar estratégias para ofertá-la, disponibilizando-a em locais frequentados pelos homens, como bares, empresas etc, inserindo-a também em outros programas de saúde que os homens participam, já que estes tem baixa procura pelas Unidades Básicas de Saúde.

A sífilis causou danos nas esferas físicas, emocionais e sociais e estes devem ser identificados e trabalhados com cada um dos homens no momento diagnóstico e durante o tratamento da infecção, considerando os seus modos de viver e suas expectativas.

O diagnóstico da sífilis foi tido como uma oportunidade para alguns homens de terem maior cuidado com a saúde, até mesmo numa perspectiva de sensibilizar seus pares a não passarem pela mesma problemática, fato evidenciado através de conselhos positivos manifestados nas narrativas, o que pode ser utilizado no processo de educação em saúde junto a população, e na formação de agentes multiplicadores no combate à sífilis.

Com relação ao tratamento, a penicilina benzatina, a penicilina cristalina e o ceftriaxone foram as medicações utilizadas. Dois homens realizaram automedicação. Foi observado, também, que alguns tratamentos implementados apresentavam divergência com relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

A implementação do cuidado terapêutico apareceu nas narrativas, sem articulação ou negociação com os homens, que pareceram não opinar quanto ao tratamento a eles dispensado. Consideramos a importância, nesse âmbito, do planejamento do cuidado ao homem de forma dialogada, que considere o seu modo de viver e suas expectativas, visto que a priorização das demandas biológicas em detrimento das outras necessidades apresentadas, é uma barreira para se atingir a integralidade.

As parcerias sexuais da maioria dos participantes não foram convocadas, em muitos casos, pelas fragilidades nos vínculos dessas relações, demonstrando que as estratégias e os esforços precisam ser direcionados para isso. Um fator positivo quanto à convocação, diagnóstico e tratamento, ocorreu nos contextos das relações mais estáveis.

Um dos fatores que dificultaram o tratamento, foi a falta da medicação de primeira escolha para tratar a sífilis nas Unidades de Saúde. Desconforto físico e emocional foram relacionados à administração da Penicilina Benzatina e esses precisam ser considerados na implementação do cuidado. Contudo, o vínculo e bom acolhimento foram fatores positivos ao tratamento.

O funcionamento da rede de forma hierarquizada, favoreceu a continuidade do tratamento dos homens e o atendimento integral; em contrapartida, a desorganização dos Serviços de Saúde no acompanhamento pareceu dificultá-los. O seguimento ao tratamento é importante para a verificação da cura da infecção, contudo, este foi dificultado, sendo sugeridas estratégias para atingi-lo, como o uso de ferramenta digital. A corresponsabilidade é tida como um fator primordial para prevenir, diagnosticar e tratar a sífilis, ocasião em que este homem, além de protagonizar sua vida e cuidado, responsabiliza-se por este.

Esta pesquisa identificou que apenas o diagnóstico e tratamento da sífilis são insuficientes para atingir a cura, informação ratificada pelos inúmeros casos de reinfecção entre os entrevistados. Considera-se que o combate a esta infecção requer mudança de hábitos que culminem no exercício da sexualidade de forma protegida, saudável e segura.

A enfermagem, no enfrentamento da sífilis, tanto em nível de atenção primária, quanto secundária e terciária, tem possibilidade de atuação junto ao público masculino, intermediando o cuidado genérico e profissional, tornando possível a implementação do cuidado culturalmente congruente, na perspectiva de assistir os homens de forma integral, considerando suas necessidades e especificidades. Cada profissional, durante sua assistência, deve refletir como pode contribuir para a diminuição das taxas de sífilis, assim como favorecer seu diagnóstico e tratamento precoces.

A partir da análise das narrativas, ousamos realizar proposições para a melhoria da assistência ao homem na área de saúde sexual, com ênfase na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da sífilis:

- 1- Pelo fato de homens e mulheres encontrarem-se em condições distintas de viver, de exercerem a sexualidade e, por isso, apresentarem necessidades específicas e diferenciadas, propomos ao Ministério da Saúde a individualização, por sexo, nos dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, com relação às variáveis - idade, cor,

escolaridade e orientação sexual- por serem informações contidas na ficha de notificação/investigação de sífilis adquirida, o que auxiliaria traçar o perfil epidemiológico dos homens diagnosticados com sífilis no Brasil, assim como sugerimos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a divulgação destes dados no Estado e Municípios do Rio de Janeiro;

- 2- Nesta pesquisa incentivamos a utilização de ferramentas digitais como blogs, meios virtuais, redes sociais e *sites* institucionais ou de órgãos públicos, para a divulgação de informações quanto à sífilis e que, através de uma linguagem de fácil compreensão, a informação possa chegar até ao homem para orientá-lo e sensibilizá-lo quanto às práticas preventivas, por acreditarmos que, assim, seja possível o homem ter acesso à informação qualificada e de confiança;
- 3- Enfatizamos, no presente estudo, a importância da busca pela informação quanto à sífilis e suas formas de contágio e propomos a criação de um diagrama abordando as formas de transmissão, considerando os tipos de contato sexual e a maior ou menor possibilidade de contágio, o que poderia facilitar a preservação, negociação e repadronização do cuidado culturalmente congruente, no que tange à prevenção da sífilis;
- 4- Devido ao sexo oral protegido não ser um hábito de cuidado culturalmente aderido pelos homens e pelo fato de os mesmos não o reconhecerem como transmissor da sífilis, propomos a distribuição gratuita, pelo Ministério da Saúde, do preservativo com sabor para estimular o seu uso durante esta prática;
- 5- Sugerimos maior estímulo a exames pré-nupciais e pré-concepcionais, através da parceria das Unidades Básicas de Saúde com cartórios e templos religiosos;
- 6- Devido ao fato de os sinais clínicos da sífilis serem confundidos com outras enfermidades, sugerimos à Instituição o estímulo à discussão de casos clínicos para favorecer a habilidade profissional no diagnóstico, assim como encontros entre especialistas e as equipes da Atenção Básica em Saúde para favorecer as discussões e as capacitações profissionais;

Algumas intervenções na Instituição foram possíveis, a partir deste estudo, para a melhoria da assistência ao homem com sífilis:

- 1- Considerando a importância de ações interdisciplinares, foi inicialmente proposto à Instituição a lotação de um enfermeiro no Ambulatório de Imunologia. As justificativas devem-se ao fato de que durante a imersão em campo de pesquisa, foi constatado que a sífilis adquirida estava fortemente

presente entre os usuários desta Clínica e como nesta pesquisa foi utilizada a Teoria do Cuidado Cultural, que trabalha com o capacitador Modelo de *Sunrise* para traçar um cuidado congruente - preservação, negociação e repadronização do cuidado, a sua utilização por este profissional poderá auxiliar a equipe e a Instituição no combate à sífilis;

- 2- Uma intervenção que demonstrou efeito positivo a curto prazo, proveniente desta pesquisa, foi a criação de estratégia junto ao Núcleo de Vigilância Hospitalar para tornar melhor o esquema de notificação de casos de sífilis adquirida no âmbito da Instituição;
- 3- A articulação de maior controle na dispensação, pelo setor de Farmácia, da Penicilina Benzatina, foi articulado com as Chefias de Enfermagem Ambulatorial e de Farmácia.

Algumas limitações foram percebidas, como a necessidade de investigar com mais profundidade algumas informações que emergiram nas narrativas, como o fato de os preservativos com menor espessura (mais fino) serem considerados como facilitadores para o sexo protegido, contudo, por esta informação ter sido contemplada apenas por um entrevistado homossexual, sugerimos que estudos sejam desenvolvidos nesta perspectiva, para melhor investigação desta associação entre homens de distintas orientações sexuais, tendo em vista que a sua disponibilização gratuita seja estimulada junto ao Ministério da Saúde, vislumbrando maior adesão ao uso do preservativo.

Mediante os incipientes estudos que retratam, de forma qualitativa, o fenômeno da sífilis na população masculina, a presente pesquisa atingiu seu objetivo contribuindo para a compreensão parcial dos fatores que envolveram o contágio, o diagnóstico e o tratamento dos homens com sífilis. Parcial na perspectiva de contribuição inicial, do que ainda precisa ser melhor investigado. De maneira isolada, cada um desses fatores precisam ser minuciosamente identificados e destacados, para que sejam considerados na assistência à saúde dos homens.

Finalizamos com a sensação de poder contribuir para as práticas que envolvem a assistência integral a saúde dos homens diagnosticados com sífilis, não apenas no cenário palco deste estudo, mas ousaríamos dizer que, em todos os níveis de atenção em saúde, em diversos contextos sociais e culturais, possibilitado pela heterogeneidade destacada entre o grupo de entrevistados.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. **Descobrimento sexual do Brasil**: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus, 2004.
- ABAD, E.D.; QUEIROZ, A.B.A.; OLIVEIRA, A.D.T.; CAVALCANTE, F.S.; MONTENEGRO, H.R.; RIBEIRO, M.; FERREIRA, D.C. Genital ulcer signaling recente syphilis in an HIV infected patient: the diagnosis challenge. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 25, n. 1, p. 48, 2013, (CAT.2)
- ABDENNADER, J. La balanite syphilitique de Follmann. **Annales de dermatologie et de vénéréologie**, n. 139, p. 240-42, 2012.
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; SILVA, L.B. da. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
- ALBINO, G. C. Sexualidade. In.:VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS, É.H.G.R. **Guia de adolescência**: uma abordagem ambulatorial. São Paulo :Manole, 2008. 650p.
- ALBUQUERQUE, A.C.C.; SILVA, D.M.; RABELO, D.C.C.; LUCENA, L.P.C.S.; COELHO, M.R.C.D.; TIAGO, G.G.B. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2125-32, 2014.
- AMORAS, B.C.; CAMPOS, A.R.; BESERRA, E.P. Reflexões sobre vulnerabilidades dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Eletrônica de Humanidade** do curso de ciências da UNIFAP, v. 8, n. 1, p. 163-71, 2015.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 20**, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- ARAGÃO, J.S.; FRANÇA, I.S.X.; COURA, A.S.; MEDEIROS, C.C.M.; ENDERS, B.C. Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n.10, p. 3143-3152, 2016.
- ARANTES, E.O.; SANTOS, R.S. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas: proposta e realidade. **Revista enferm. UERJ**, v. 23, n. 4, p. 562-6, 2015.
- ARAÚJO, C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS/UERJ: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007.232p.
- ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. da C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n. 2, p.396-403 ,2005
- ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, D.M.A.; SILVA, R.M.; GONÇALVES, M.L.C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, v.11, n.1, p. 4-9, 2008.

-ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.S.; COLLET, N.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. História da Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev.Bras. Enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.

-ARORA, P.; NAGELKERKE, N.; SGAIER, SK; JUMAR, R.; DHINGRA, N.; JHA, P.HIV, HSV-2 and syphilis among married couples in India: patterns of discordance and concordance.**Sex Transm Infect**. v.89, n. 8,2013:678.

-AZEVEDO, A.P.M. Jornalismo de saúde: novos rumos, novas literacias. **Comunicação e Sociedade** [periódico na Internet]. 2012 [citado 2016 Out. 02]; Número especial, p. 185-197, 2012. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/comsoc/article/view/1363>.

-AZULAY, R.D. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

-BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.120p.

-BENAZZI, A.S.T.; LIMA, A. B. S.; SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: Um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.** V.15, n. 2,p.327-333, 2011.

-BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. CAVALCANTE, Z.A.C.; LAVALLÉE, D.M.G. (trad.). PASSEGGI, M.C.; BARBOSA, M.V. (Rev. Científica). Natal, RN: EDUFRRN; São Paulo: Paulus, 2010.167p.

-BRAGA, A.L. **Sexualidade e planejamento reprodutivo de adolescentes vivendo com HIV/AIDS: um desafio ao cuidado em saúde**. São Paulo, 2017. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria)- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017

-BRANCO, V.M.C.; CARVALHO, M.L.M.; COUTINHO, A.P.; SICURO, A. **Unidade de Saúde parceira do pai**. 1. ed. Agosto, 2009. Acesso em 06.02.2018. Disponível em:<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2016/04/unidade-de-sac3bade-parceira-do-pai.pdf>

-BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília-DF, 1988.

-BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990

-BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília-DF, 1996

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Manual do Multiplicador- Prevenção às DST/ AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. 68p.

-BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais (1ª. a 4ª. Séries):** introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997. [Vol. 1, 2 e 3].

-BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil.** Brasília: MEC/SEF, 1998a. [Vol. 1 e 2]

-BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental (5ª. a 8ª. Série):** introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1998b. [Vol. 1, 2 e 3].

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/Aids:** princípios e diretrizes estratégias. Brasília-DF, 1999.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar:** Manual Técnico. 4. edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 150p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 40 p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de Prevenção das DST/AIDS e Cidadania para Homossexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 145p

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80p

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 1.ed. 2004b.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia:** programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília, Ministério da Saúde, 2004c

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita:** manual de bolso. 2. ed.- Brasília: Ministério da Saúde. 2006a. 72p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 180p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 160p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 300 p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Sífilis**: estratégias para o diagnóstico no Brasil. Brasília. 2010b. 100p

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 132 p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 28p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

-BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

-BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.796**. Altera a Lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dá outras providências. 4 de Abril,2013b.

-BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. Portal sobre AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis. De mãe para filho. Comitê da OPAS vai reconhecer países que eliminarem a transmissão vertical da sífilis e do HIV. 19.05.2014a. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/comite-da-opas-vai-reconhecer-paises-que-eliminarem-transmissao-vertical-da-sifilis-e-d>>. Acesso em: 27.06.2015

-BRASIL.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014b.

-BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

-BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 103p.

-BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

-BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015c.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: Sífilis**, Ano V, v. 47, nº 35, 2016a.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde (PNS 2016-2019)**. Brasília-Ministério da Saúde, 2016b.

-BRASIL.Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro. 2016c. 55p

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: Sífilis**, Ano V, v. 48, nº 36, 2017a.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**, Ano V, n. 1, 27ª a 53ª, 2017b.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ AIDS e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.210 p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Estatísticas vitais:** banco de dados. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso em: 29.08.2018.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 573.** Aprova o Parecer Técnico nº28/2018, contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília: Ministério da saúde. 2018b.

-BRITO, N.M.I.; ANDRADE, S.S.C.; SILVA, F.M.C.S.; FERNANDES, M.R.C.C.; BRITO, K.K.G.; OLIVEIRA, S.H.S. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health Sci.**, v. 41, n. 3, p.140-45, 2016.

-BREWER, T.H.; SCHILLINGER, J.; LEWIS, F.; BLANK, S.; PATHELA, P.; JORDAH, L.; SCHMITT, K.; PETERMAN, T.A. Infectious syphilis among adolescent and young adult men: implications for human immunodeficiency virus transmission and public health interventions. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 38, n. 5, p. 367-71, May, 2011.

-CÁCERES, C. Masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidades sexual em um grupo de michês em Lima. In BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.** IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 34ª ed., 1999. 272p.

-CAMARGO JR, K. R. de. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** IMS/UERJ: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007.232p.

-CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M.L.C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

-CARRARA, S. A Aids e a história das doenças venéreas no Brasil (Do final do século XIX até os anos 20). In.: LOYOLA, M.A. (org.); GIAMI, A.; BERQUÓ, E.; SCHILTZ, Marie-Ange; CORRÊA, M.; SOUZA, M.; POLLAK, M.; PARKER, R.; CARRARA, S. **AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará:UERJ,1994.

-CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil: da passagem do século aos anos 40.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 339p.

-CASTANHEIRA, C. H. C.; PIMENTA, A. M.; LANA, F. C. F.; MALTA, D. C. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Epidemiol.** SUPPL Pense, p.256-266, 2014.

-CAVALCANTE, E.G.F.; MIRANDA, M.C.C.; CARVALHO, A.Z.F.H.T.; LIMA, I.C.V.; GALVÃO, M.T.G. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 450-57, 2016.

-CFM. Benzetacil está em falta no mercado. 10/09/2014. Disponível em:<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25029:benzetacil-em-falta&catid=3> Acesso em:22.06.2015

-CHAVES, J. “Ficar com”: um novo código entre jovens. Rio de Janeiro:Revan,1994.

-CHOW, E.P.F.; DUTT, K.; FEHLER, G.; DENHAM, I; CHEN, M.Y.; BATROUNEY, C.; PEEL, J.; REAS, T.R.H.; BRADSHAW, C.S.; FAIRLEY, C.K. Duration of syphilis symptoms at presentations in men who have sex with men in Australia: are current public health campaign effective? **Epidemiol. Infect.**, n. 144, p. 113-22, 2016.

-CÓRDOVA, L.F.N. “Amor sem vergonha” A vida conjugal de gays e lésbicas na comunidade do Ratoões – Ilha de Santa Catarina. In: LISBOA, M.R.A.; MALUF, S.W. (Org.) **Gênero, cultura e poder**. Florianópolis: Mulheres, 2004. 160 p.

-COELHO, A.C.S.; PEREIRA, A.L.; NEPOMUCENO, C.C. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 3, p. 2398:2409, 2016.

-COFEN. COFEN discute uso de benzetacil com Ministério da Saúde.15.01.2014. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-uso-da-benzetacil-com-ministerio-da-saude_23325.html>. Acesso em 22.06.2015

-COLEMAN, C.; LOHAN, M. Sexually acquired infections: do lay experiences of partner notification challenge practice? **Journal Compilation**, p. 35-43, 2007.

-CONNELL, R.W. Políticas da masculinidade. **Educação e realidade**, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

-CONNELL, R.W.; MESSERSCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.241-282, jan./abr.,2013.

-COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; SOUSA, D.M.N.; OLIVEIRA, L.L.; CHAGAS, A.C. M.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, A.K.C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 47, n.1, p. 152-159, 2013.

-DANTAS, C.C.; SOUZA, E.C.O.; LEITE, J.L.; FONSECA, J.M.F.; JOHANSON, L.; STIPP, M.A.C. A atuação da enfermagem na epidemia de HIV/AIDS. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

- DAS, A.; LI, J.; ZHONG, F.; OUYANG, L.; MAHAPATRA, T.; TANG, W.; FU, G.; ZHAO, J.; DETELS, R. Factors associated with HIV and syphilis co-infection among men who have sex with men in seven Chinese cities. **Int J STD AIDS**, v. 26, n. 3, p. 145–55, Mar. 2015.

- DIAS, I.M.V.;SANTOS, R. da S. Método história de vida e sua aplicabilidade no campo da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 278-86, 2005.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-57, 2013.
- FAN, S.; LU, H.; MA, X.; SUN, Y.; HE, X.; LI, C.; MCFARLAND, W.; SUN, J.; MA, W.; JIA, Y.; XIAO, Y.; SHAO, Y.; RUAN, Y. Behavioral and Serologic Survey of men who have sex with men in Beijing, China: Implication for HIV Intervention. **AIDS Patient Care STDS**, v. 26, n. 3, p. 148–55, Mar., 2012.
- FELIPE, J.; GUIZZO, B.S.. Erotização dos corpos infantis na sociedade de consumo. **Proposições**, v. 14, n.3, p.119-130, 2003.
- FELIPE, J. Erotização dos corpos infantis. In: LOURO,G.L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S.V. (org.) **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- FELISBERTO, E.; ALVES, C.K.A.; ALBUQUERQUE, L.C.; SAMICO, I.; DUBEUX, L.S.; FREESE, E. Uso da avaliação e formação profissional:impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, Aluisio Gomes da Silva; MATTOS, R.A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011. 360p.
- FESTA NETO, C.; CUCÉ, L.C.; REIS,V.M.S. **Manual de Dermatologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, Barueri, 2015. 640p.
- FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, A.M.B.F.;TONINI, T. Cuidado, corpo e ambiente: o que podemos falar sobre a saúde do homem. In: REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro:Àgua Dourada, 2017.
- FLACSO-Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais. **Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil - Relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro, junho, 2012.
- FLORES, A. L. P. ; OLIVEIRA JR, J. N. de; SANTOS, M. E. V.; TEIXEIRA, S. S.; TEIXEIRA, S. Erotização e infância: as duas faces da publicidade. **Revista Anagrama: Revista científica interdisciplinar da graduação**. Ano 4. Ed. 3. 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**, São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- FONTANELLA, B. J. B.;GOMES,.R. Cuidados à saúde sexual de duas gerações de homens: permanências e volatilidades de roteiros e *habitus*. **Ciência e saúde coletiva**, v.20, n.1, p.:259-272, 2015.
- FONTE, V.R.F.; SPINDOLA, T.; FRANCISCO, M.T.R.; SÓDRÉ, C.P.; ANDRÉ, N. L.N.O.; PINHEIRO, C.D.P. Jovens universitários e o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p.1-7, 2018.

-FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Albuquerque, M.T.C.; ALBUQUERQUE, J.A.G. (Trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1988.

-FOREST, A.; BARROU, Z.; VERNY, M. Neurosyphilis et troubles cognitifs. **Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement**, v. 11, n. 4, p.423-431, Décembre, 2013.

-FURLANI, J. Políticas identitárias na educação sexual. In. GROSSI, M.P.; BECKER, S.; LOSSO, J.C.M.; PORTO, R.M.; MULLER, R.C. **Movimentos sociais, educação e sexualidades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

-G1. Bem estar. 21.06.2015. Falta de penicilina benzatina, que trata sífilis, preocupa médicos no Brasil. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/falta-de-penicilina-benzatina-que-trata-sifilis-preocupa-medicos-no-brasil.html>>. Acesso em: 22.06.2015a

-G1. Fantástico. 21.06.2015. Medicamento usado no tratamento da sífilis, some das prateleiras do mercado. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/index.html>>. Acesso em: 22.06.2015b

-GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

-GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. **Política e sociedade**, v.10, n.19, p.97-114, 2011.

-GILL, S.; GOODSON, I. Métodos de história de vida e narrativa. In. SOMEKH, B.; LEWIN, C. (Org.). **Teoria e métodos de pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

-GOMES, L. C.; FRAGA, M. de N. de O. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.50, n.3, p.425-440, 1997.

-GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. 184p.

- GOMES, R.; REBELLO, L.E.F.S.; NASCIMENTO, E.F. In. MEDRADO, B; LYRA, J. **Homens e masculinidade: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAÍ, 2010. 184p.

-GOMES, R. ; ALBERNAZ, L.; RIBEIRO, C.R.S.; MOREIRA, M.C.N.; NASCIMENTO, M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n. 5, p.1545-52, 2016.

-GRAVATA, A.; CASTRO, R.; BORGES-COSTA, J. Study of the Sociodemographic Factors and Risky Behaviours Associated with the Acquisition of Sexual Transmitted Infections by Foreign Exchange Students in Portugal. **Acta Med Port**, v. 29, n. 6, p.360-366, Jun, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6692>. Acesso em: 10.09.2018

- GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. Trad. Costa, R.C. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

-GUIMARÃES, M.D.C.; CECCATO, M.G.B.; GOMES, R.R.F.M.; ROCHA, G.M.; CAMELO, L.V.; CARMO, R.A.; ACURCIO, F.A. Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. **Revista Médica de MG**, v. 23, n. 4, p.412-426, 2013.

-GUTIERREZ, D.N.D. Gênero e poder: implicações para os serviços de assistência à saúde do homem na Amazônia. In. REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro:Águia Dourada, 2017.

-GUY, R.; WAND, H.; HOLT, M.; MAO, L.; WILSON, D.P.;BOUNE, C.; DRUMMOND, F.; HONNOR, G.; KEEN, P.; DONOVAN, B.; PRESTAGE, G. High Annual Syphilis Testing Rates Among Gay Men in Australia, but Insufficient Retesting. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 39, n. 4, p. 268-75. April, 2012.

-GUIZZO, B. S. Masculinidades e feminilidades em construção na educação infantil. In.:FELIPE, J.;GUIZZO, B. S.; BECK, D. Q. **Infâncias, gênero e sexualidade nas tramas da cultura e da educação**. Canoas: ULBRA, 2013.

-HILDEBRAND,V.L.P. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. Dissertação(mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. 74p.

-HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In. HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Zahar,1999.

-HELMAN,C. **Cultura, saúde e doença**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432p

-HURTADO, I.; ALASTRUEC, I.; PAVLOUD, M.; TASAC, T.; PÉREZ-HOYOS, S. Increased syphilis trend among patients in an AIDS information and prevention center. *GacSanit*. 25 (5). Barcelona Sep./Oct. 2011

-JARDIM, D.P.;SANTOS, E.F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 37-44, 2012.

-JURKEWINCZ, R.S. Cristianismo e homossexualidade. In. GROSSI, M.P.;BECKER, S.; LOSSO, J.C.M.; PORTO, R.M.; MULLER, R.C. **Movimentos sociais, educação e sexualidades**. Rio de Janeiro:Garamond,2005.

-KIMMEL,M.S.A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. **Horizontes Antropológicos**, ano 4, n. 9, p.103-17, 1998.

-KOMKA, M. R.;LAGO, E. G. Sífilis congênita : notificação e realidade. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.17, n.4:205-211, 2007.

-LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**.14. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

-LEITE, J. L.; DANTAS, C. de C.; SOUZA, E. C. de O.; FONSECA, J. M.; JOHANSON, L.; STIPP, M. A. C. A enfermagem diante da exclusão social. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. (org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

- LEITE, J.F.; PAIVA, R.; AMORIM, A.K.M.A.; DIMENSTEIN, M.; CARVALHO, L.; FRANÇA, A. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 341-53, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>. Acesso em: 20.09.2016
- LEMONS, R. C. A.; JORGE, L. L. R.; ALMEIDA, L. S.; CASTRO, A. C. de. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.12, n.2, p.354-359, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>> Acesso em: 20.10.2018
- LEMONS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.
- LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality-** a worldwide nursing theory. 3rd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2015.
- LIAO, M.; KANG, D.; JIANG, B.; TAO, X.; QIAN, Y.; WANG, T.; BI, Z.; XIAO, Y.; LI, C. ; WU, P.; VERMUND, S.H.; JIA, Y. Bisexual behavior and infection with HIV and Syphilis among men who have sex with men along the East Coast of China. **AIDS Patient Care STDS**, v. 25, n. 11, p. 683-91, Nov., 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4186825/> Acesso em: 22.10.2016
- LIMA, M. J. de. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2006 [Coleção Primeiros Passos].
- LIMA, M.G.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO, G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 2, p. 499-506, 2013.
- LIMA, I. C. V. de; GALVÃO, M. T. G.; PEDROSA, S. C.; CUNHA, G. H. da; COSTA, A. K. B. Uso do aplicativo Whatsapp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 1-6, 2018.
- LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis:Vozes, 2003.
- LOURO, G.L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-posições**, v.19, n. 2 (56), p.17-23, 2008.
- LOURO, G.L. Currículo, gênero e sexualidade: O “normal”, o “diferente” e o excêntrico”. In.: LOURO, G.L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S.V. (org.) **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**.6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- LOYOLA, M.A. A sexualidade como objeto de estudo das Ciências Humanas. In. HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais**.Rio de Janeiro: Zahar,1999.

-LUO, Y.; ZHU, C.; CHEN, S.; GENG, Q.; FU, R.; LI, X.; XU, K.; CHENG, J.; DING, J. Risk factors for HIV and syphilis infection among male sex workers who have sex with men: a cross-sectional study in Hangzhou, China, 2011. **BMJ Open**, v. 5, n. 4, p. 1-8, 2015.

-LUZ, R.R.; GONÇALVES, H.S. **Violência doméstica entre casais homossexuais: a violência invisível**. Bagoas, n.11, p.79-99, 2014.

-MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, n. 22, sup. 1, p. S43-S54, 2011.

-MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-120, 2013.

-MARQUES, S.A.; GUMIEIRO, J.H.; GUIOTOKU, M.M.; MARQUES, M.E.A.; ABBADE, L.P.F. Sífilis secundária. Considerações epidemiológicas a propósito de um caso clínico. **Diagn Tratamento**. v.14, n. 4, p. 141-45, 2009.

-MARRA; C. M. Neurosyphilis. **Continuum (Minneapolis)**, v.21, n.6, p.1714-1728, 2015.

-MARTINS, F. A. G.; SOUTO, B. G. A. Indicação de punção lombar para diagnóstico de neurosífilis. **ABCS Health Sci**. V.40, n. 2, p.92-95, 2015.

-MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2001.

-MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1411-16, 2004.

-MCFARLAND, M.R. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. In. ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. **Modelos y teorías en enfermería**. Barcelona- Espanha. 7. ed., Elsevier, 2011.

-MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

-MEDEIROS, É.H.G.R. Doenças sexualmente transmissíveis (DST). In. VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS, É.H.G.R. **Guia de adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Barueri, SP: Manole, 2008.650p.

-MELLO, V.S.; SANTOS, R.S. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 5, p. 699-704, 2015.

-MENICUCCI, T.; GOMES, S. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

- MEYER, D.E. Gênero e educação: teoria e política. In LOURO, G.L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S.V. (org.) **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MOREIRA, C.N.M.; GOMES, R.; RIBEIRO, C.R. E agora o homem vem? Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.1-10, 2016.
- MOREIRA, L.R.; DUMITH, S.C.; PALUDO, S.S. Uso de preservativo na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1255-66, 2018.
- MURARO, R.M.; BOFF, L. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- NATIVIDADE, M. Homossexualidade masculina e experiência religiosa pentecostal. In. HEILBORN, M.L.; DUARTE, L.F.D.; PEIXOTO, C.; BARROS, M.L. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 344p
- NATIVIDADE, M.T. Cantar e dançar para Jesus: sexualidade, gênero e religião nas igrejas inclusivas pentecostais. **Religião e sociedade**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 15-33, 2017.
- NAZARETH, I.V. **O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis** – bases para o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em enfermagem e Biociências)-Escola de enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- NOGUEIRA, M. L. M.; BARROS, V. A. de; ARAÚJO, A. D. G.; PIMENTA, D. A. O. O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 12, n. 2, p.466- 485, 2017.
- NOLASCO, S. A desconstrução do masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In. NOLASCO, S. **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- OANTÃ, A.; IRIMIE, M. Syphilitic balanitis of Follmann. **International Journal of Dermatology**, v. 53, p. 830–831, 2014.
- OLIVEIRA, L. A.; LANDRONI, M. Â. S.; SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. de C. M. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/ AIDS no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.
- OLIVEIRA, D. C. de; PONTES, A. P. M. de; GOMES, A. M. T.; SALGADO, L. P. P. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 817-823, 2009.
- OLIVEIRA, F.L.; SILVEIRA, L.K.C.B.; NERY, J.A.C. As diversas apresentações da sífilis secundária. Relato de casos. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 6, p. 550-53, Nov. 2012.

-OLIVEIRA, L.R.; COSTA, M.C.N.; BARRETO, F.R.; PEREIRA, S.M.; DOURADO, I.; TEIXEIRA, M.G. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 47, n. 3, p. 334-40, 2014.

-OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D.V.; SILVA, J.L.L.; ANDRADE, S.S.C.A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

-OMS. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013. 2014 . Disponível em:< <http://www.who.int>. >. Acesso em 28.04.2017

-OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Junho de 2016.

-ONU. Relatório da Conferência Internacional Sobre População e desenvolvimento. Cairo, Egito. 1994. Disponível em:< <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> . Acesso em: 20.07.2018.

-ONU. Texto Integrado da declaração e plataforma de ação da IV Conferência mundial sobre a mulher. Pequim.1995. Disponível em< http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf> . Acesso em: 20.07.2018

-ONU. Objetivos de desenvolvimento sustentável-Transformando Nosso Mundo: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 13.10.2015. Acesso em: <<https://sustainabledevelopment.un.org>>

-ONU. Resistência a remédios leva OMS a mudar diretrizes para tratamento de sífilis, clamídia e gonorreia. 31.08.2016. Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/resistencia-a-remedios-leva-oms-a-mudar-diretrizes-para-tratamento-de-sifilis-clamidia-e-gonorreia/>> Acesso em 01.05.2017

-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 50º Conselho Diretor. 62ª Sessão do Comitê Regional. Estratégia e Plano de Ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita. Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/cd50-15-p.pdf> . Acesso em: 27.06.2015

-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 55º Conselho Diretor. 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Estratégia e Plano de Ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita. Washington, D.C., EUA, 30 de setembro de 2016. Disponível em: https://www.paho.org/q/index.php?option=com_content&view=article&id=12276%3A2016-55th-directing-council-documents&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=42078&lang=pt. Acesso em: 30.06.2018

-PACHECO, M.E.M.S. Caracterização do adolescente. In. VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS, É.H.G.R. **Guia de adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Barueri, SP:Manole, 2008. 650p.

-PAIVA, C.C.N.; VILLAR, A.S.E; SILVA, M.D.B.; SOUZA,N.A.S.; LEMOS, A. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **J. res. Fundam. Care. Online**, v. 8, n. 3, p. 4872-81, 2016.

-PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em:
<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> Acesso em:22.05.2017

PAULA, P. S. R. de; LAGO, M. C. de S. Barebacking sex: sexualidade, sexo e risco na mídia impressa brasileira e na internet. In. LAGO, M.C.S.; TONELI, M.J.F.; SOUZA, M. (Org.).**Sexualidade, gênero, diversidades**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

-PEREIRA, A.L. **Enfermeira/o não tem sexo (?)** - representação social de graduandas/os de enfermagem sobre sexualidade. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

-PEREIRA, A.L. Educação em saúde. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. (org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

-PEREIRA, Á. Masculinidades e saúde do homem. In. REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.

-PETCHESKY, R.P. Direitos sexuais: um novo conceito na política internacional. In. BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. IMS/UERJ. Rio de Janeiro 34. ed., 1999. 272p

-PINTO, V.M.; TANCREDI, M.V.; ALENCAR, H.D.R.; CAMOLESI, E.; HOLEMAN, M.M.; GRECCO, J.P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E.T.O. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev Bras Epidemiologia**, p.341-354, 2014.

-POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**.7. ed. Porto Alegre:Artmed, 2011.

-REDOSCHI, B. R. L.; ZUCCHI, E. M.; BARROS, C. R. dos S.; PAIVA, V. S. F. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n. 4, p.1-22, 2017.

-REPISO, B.;FRIEYRO, M.; RIVAS-RUIZ, F.; TROYA, M. de. Uso de preservativo y número de parejas sexuales em hombres que tienen sexo com hombres com sífilis. **Actas Dermosifiliogr.**, v.101, n.10, p.847-852, 2010.

-RIBEIRO, C.R.; RUSSO, A.R.; ROHDEN, F. Uma nova pedagogia da sexualidade para homens: discursos midiáticos e suas reverberações. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 461-488, 2013.

-RIBEIRO, C.R.; GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, 2017.

- RIOS, R.R. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In. LOPES, J.R.L.; VENTURA, M.; LEIVAS, P.G.C.; LOREA, R.A.; RIOS, R.R.; BUBLIONE, S. Em defesa dos direitos sexuais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.195p
- ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2645-54, 2012.
- ROVIRA-LÓPES, R.; GARCÍA-MARTÍNEZ, P.; MARTÍN-EZQUERRA, G.; PUJOL, R.M.; AVENTÍN, D.L. Balanoposthitis and Penile Edema: Atypical Manifestations of Primary Syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, v, 42, n. 9, p.524-525, 2015.
- ROSA, L.W.; FALCKE, D. Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. **Revistada SPAGESP**, v. 15, n. 1, p.17-32, 2014.
- REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.
- SAMPAIO, F.S. A paquera entre homens no *facebook*. In.: Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades,12., 2016. Campina Grande. **Anais...**: Realiza eventos e editora, 2016. p1-12.
- SANGLARD, G. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. **Anais do Museu Paulista**. São Paulo, v.15, n.2, p. 257-289, 2007.
- SANTOS, I. M.; SANTOS, R.S. A etapa de análise no método história de vida- uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 714-19, 2008.
- SANTOS, G.; TAVARES, C.; AGUIAR, R.; QUEIROZ, A; FERREIRA, R.; PEREIRA, C. Buscando informações em saúde online: estratégia de enfrentamento dos adolescentes com doenças crônicas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, especial 4, p. 33-38, 2016.
- SANTOS, A.S. Masculinidades Gays e bissexuais: discutindo orientação sexual, acesso e acolhimento nos serviços de saúde. In. REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.
- SÃO BENTO, P.A.S.S.; COSTA, T.M.; MORAES, L.E.O.; LUIZ, M.S.L.; TELLES, A.C.; QUEIROZ, A.B.A. A (não) participação do homem no planejamento familiar sob a perspectiva de gênero. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4563-71, 2013.
- SERWIN, A.B.; KOPER, M.; UNEMO, M. Clinical and epidemiological characteristics of males with syphilis in Bialystok, Poland in 2008-2013. **PRZEGLEpidemiol** n. 69, p. 41-45, 2015.
- SCHWARTZ, E.; MAIA, A.M.C.S.; SILVA, M.L.; SAMPAIO, C.A.B. Pré-natal do parceiro: uma estratégia voltada para a paternidade e cuidado. In.: REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.

-SCHWARTZ, E.; MOURA, E. C. de; LIMA, D. C.. Panorama da saúde do homem no Brasil. In.: REIS, A.; PEREIRA, Á. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.

-SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

-SCOTT, R.P. Homens, domesticidade e políticas públicas na saúde reprodutiva. In: MEDRADO, B.L.J. **Homens e masculinidade: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAI: 2010.184p

-SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SES-RJ. Subsecretaria de vigilância em saúde. Superintendência de vigilância epidemiológica e ambiental. **Plano de enfrentamento da sífilis congênita**. Rio de Janeiro, 2015.

-SERAFIM, A.S.; MORETTI, G.P.; SERAFIM, G.S.; NIERO, C.V.; ROSA, M.I.; PIRES, M.M.S.; SIMÕES, P.W.T.A. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 47. n. 2, 170-8, 2014.

-SILVA, L.R. **Cuidado de Enfermagem na Dimensão Cultural e Social** - História de Vida de Mães com Sífilis. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2003.

-SILVA, L.R.; SANTOS, R.S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 393-401, 2004.

-SILVA, S.G. A crise da masculinidade: Uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculina. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 26, n. 1, p. 118-131, 2006.

-SILVA, L.R.; BAPTISTA, S.E.S.S.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, B.C.M.G.; VILLAR, A.S.E.; SILVA, M.D.B. O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. **Rev. de Pesq.: Cuidado é fundamental Online**, v. 1, n. 2, p. 279-87, 2009. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/369/397>. Acesso em 30.05.2015

-SILVA, A.S.N.; SILVA, B.L.C.N; SILVA JR, A.F. da; SILVA, M.C.F.S.; GUERREIRO, J.F.; SOUZA, A.S.C.A. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-AmazSaúde**, v. 6, n. 1, p. 27-34, 2015.

-SILVA, L. M. S. da; TAVARES, J. S. C. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/ AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p.1109-1118, 2015.

- SILVA, N. Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2016. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador.P4DEIRO-F4F3790/Meus%20documentos/Downloads/1041-3627-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador.P4DEIRO-F4F3790/Meus%20documentos/Downloads/1041-3627-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 21.09.2016
- SMITH J. R.; TANG, R. S.; KADKHODA, K. Tonsillar Syphilis: an Unusual Site of Infection Detected by *Treponema pallidum* PCR. **J Clin Microbiol.** v. 53, n. 9, p.3089-3091, 2015.
- SOEIRO, C.M.O.; MIRANDA, A.E.; SARACENI, V.; SANTOS, M.C.; TALHARI, S.; FERREIRA, L.C.L. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation nursing database linkage. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 715-723, abr, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0715.pdf>>. Acesso em: 28.05.2014
- SOLANO, L.C.; BEZERRA, M. A. C; MEDEIROS, R.S; CARLOS, E.F.; CARVALHO, F.P.B.; MIRANDA, F.A.N. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev. Fund. Care Online**, v. 9, n. 2, p. 302-8, 2017.
- SOUSA, A.R. Sistematização da assistência e consulta de enfermagem direcionada à saúde de homens na atenção básica. In. REIS, A. **Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.
- SOUSA, L. B. de; BARROSO, M. G. T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n.1, p.123-130, 2009.
- STEARNS, P.N. **História da sexualidade**. Marques, R. (Trad.). São Paulo: Contexto, 2010.
- TABOADÁ, N. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, v.16, n.3, p.104-113.
- TAYRA, A.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; PAZ, L.C; RAMOS, A.N.R. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST- J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 3-4, p.111-19, 2007.
- TERTO JR, Veriano. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In. PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996.
- TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y teorías enfermería**. Espanha: Elsevier, 2003.
- THIRY-CHEQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia**, n.3, p. 20-27, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003.pdf. Acesso em 29.04.2014

-TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–57, 2007.

-TRILICO, M.L.C.; OLIVEIRA, G.R.; KIJIMURA, M.Y.; PIROLO, S.M. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 381-95, 2015.

-UNAIDS. **Guia de terminologia do UNAIDS**. UNAIDS, 2017

-VAVASSORI, M.B. Estigma e HIV/AIDS: reflexos sobre o cotidiano de jovens soropositivos. In. LAGO, M.C.S.; TONELI, M.J.F.; SOUZA, M. (Org.). **Sexualidade, gênero, diversidades**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

-VEIGA, M.B.A.; PEREIRA, A.L. Opinião de jovens do sexo masculino sobre contracepção, gravidez não planejada e aborto induzido. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 4, p. 682-689, out./dez., 2010.

-VEIGA, M.B.A. **A paternidade na visão de jovens pais, na perspectiva de gênero**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

-VEIGA, M.B.A.; LEITE, B.L.P.; GUIMARÃES, M.S.F.; TEIXEIRA, S.V.B.; SILVA, L.R. Roda de conversa: multiplicando saberes para o enfrentamento da sífilis. **Raízes e Rumos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. especial, p. 229-234, dez., 2017 . Disponível em<<http://www.seer.unirio.br/index.php/raizeserumos/article/view/7445/6551>>. Acesso em 10.09.2018

-VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-90, 2013.

-VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Rev. Temáticas**, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.

-WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 6. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

-WANG, R.; BLUME, G.; Souza FILHO, N.F.S.; MOURA, L.Z. Tronco de Coronária Esquerda Ocluso Secundário a Lues Terciária. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 3, p. 312-15, 2009.

- WANG, Q.Q.; CHEN, X.S.; YIN, Y.P.; LIANG, G.J.; JIANG, N.; DAI, T.; HUAN, X.P; YANG, B.; LIU, Q.L.; ZHOU, Y.J.; WANG, B.X.. HIV/STD pattern and its associated risk factors among male STD clinic attendees in China: a foci for HIV intervention. **BMC Public Health**, v. 11, n. 955, p.1-8, 2011.

-WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 9, p. 460-82, 2001.

-YANG, C.; Latkin, C.; LUAN,R.; Wang, C; Nelson, K.. HIV, syphilis, hepatitis C and risk behaviours among commercial sex male clients in Sichuan province, China. **Sex Transm Infect.**, v. 86, n. 7, p. 559–64, Dec., 2010.

-XIAO, Y.; DING, X.; LI, C.; LIU, J.; SUN, J.; JIA, Y. Prevalence and Correlates of HIV and Syphilis Infections Among Men Who Have Sex With Men in Chongqing Municipality, China. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 36, Issue 10, p. 647-56, October, 2009.

- XU, J.J.; REILLY, K.H.; LU, C.M.; MA, N.; CHU, M.; ZHANG, Z.X.; WANG, J.J; YUN, K.; SHANG, H. A cross-sectional study of HIV and syphilis infections among male students who have sex with men (MSM) in northeast China: implications for implementing HIV screening and intervention programs. **BMC Public Health**, v.11, n. 287, p.1-8, 2011.

-ZENG, Y.; ZHANG, L.; LI, T.; LAI, W.; JIA, Y.; ALIYU, M.H.; DO, M.D.; WANG, X.; HAN, D.; HUANG, W.; DU, S.; XU, J.; ZHOU, J.; LIANG, S.; YU, F.; ZHANG,Y. Risk Factors for HIV/Syphilis Infection and Male Circumcision Practices and Preferences among Men Who Have Sex with Men in China. **Biomed Res Int**, P.1-9, 2014.

-ZONI, A.C.Z.; GONZALÉZ, M.A.; SJÖGREN, H.W. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **International Journal of Infectious Diseases**, n.17, p. e84–e92, 2013.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A- Termo de Compromisso da Pesquisadora com a Instituição

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Maria Beatriz de Assis Veiga, portadora do RG nº 202588273, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com o Hospital Universitário Gaffree e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título de: "Desvendando a sífilis no homem, a partir da sua história de vida, e de suas parcerias sexuais". A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento. Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017.

Pesquisadora

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para Maiores de 18 anos)

Título: “Desvendando a sífilis no homem, a partir da sua história de vida, e de suas parcerias sexuais”.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Identificar os fatores que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis no homem, a partir da sua história de vida; Descrever a assistência à saúde do homem, em relação a sífilis; Propor ações em saúde que favoreçam a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis nos homens.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para conhecermos como ocorre o processo de contágio, diagnóstico e tratamento do homem com sífilis. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida, nem na sua assistência na instituição.

Se você permitir, solicitaremos também que indique suas parcerias sexuais para que também forneçam uma entrevista. Tanto as informações fornecidas por você como pelo seu(s) parceiros (as) serão sigilosas e confidenciais.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos as informações coletadas como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio e ouvidas por mim. Serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado ou citado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os áudios serão utilizados somente para a coleta de dados, mas se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder a quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a aumentar o conhecimento na área da enfermagem e saúde quanto à assistência ao homem no que se relaciona a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá e não será citado, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffree e Guinle. A Instituição possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem

e Biociências, sendo a aluna Maria Beatriz de Assis Veiga a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Leila Rangel da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Maria Beatriz no telefone 996807580, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar, em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

Maria Beatriz de A. Veiga –maribi.v@uol.com.br 96807580

Endereço profissional(UNIRIO):Av. Pasteur, 296 - Urca CEP 22290-240 Tel: (21) 2542-7350

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.

Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE C – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIOECONÔMICOS DOS PARTICIPANTES

Idade: _____ anos

Você se considera:

Branco Preto Pardo Amarelo Indígena Outros _____

Grau de Instrução:

Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Mestrado
 Doutorado

Profissão / Ocupação: _____

Renda Individual:

Não Possui Renda Menos de 1 Salário mínimo De 1 a 3 Salários Mínimos De 3 a 6 Salários
Mínimos De 6 a 10 Salários Mínimos Mais que 10 Salários Mínimos

Estado Conjugal:

Solteiro Divorciado(a) Viúvo(a) Casado(a) Separado(a) União Estável

Tem filhos?

Sim Não

Se sim, Idade dos filhos: _____ -

Qual a sua orientação sexual?

Heterossexual (atração pelo gênero oposto ao seu)
 Homossexual (atração pelo gênero semelhante ao seu)
 Bissexual (atração por mulheres e homens)
 Pansexual (atração por homens, mulheres, transsexuais, etc)
 Outros _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA

“Conte-me sobre sua vida que tenha relação com a sífilis”

FILTRO:

1-Trajetória da vida sexual:

◇Início da vida sexual

◇Hábito quanto ao uso do preservativo durante a vida

◇Parcerias sexuais

◇Prazer/(In)Satisfação sexual

2-Orientações quanto a práticas preventivas de IST e informação quanto as IST

3-Diagnóstico da sífilis

4-Descoberta da doença

5-Diagnóstico e tratamento dos parceiros sexuais

6-Conhecimento sobre a sífilis antes de descobrir a doença

7-Conhecimento atual sobre a sífilis

8-Descrever se já teve outra IST

9-Assistência prestada pela equipe de saúde no que se refere a sífilis

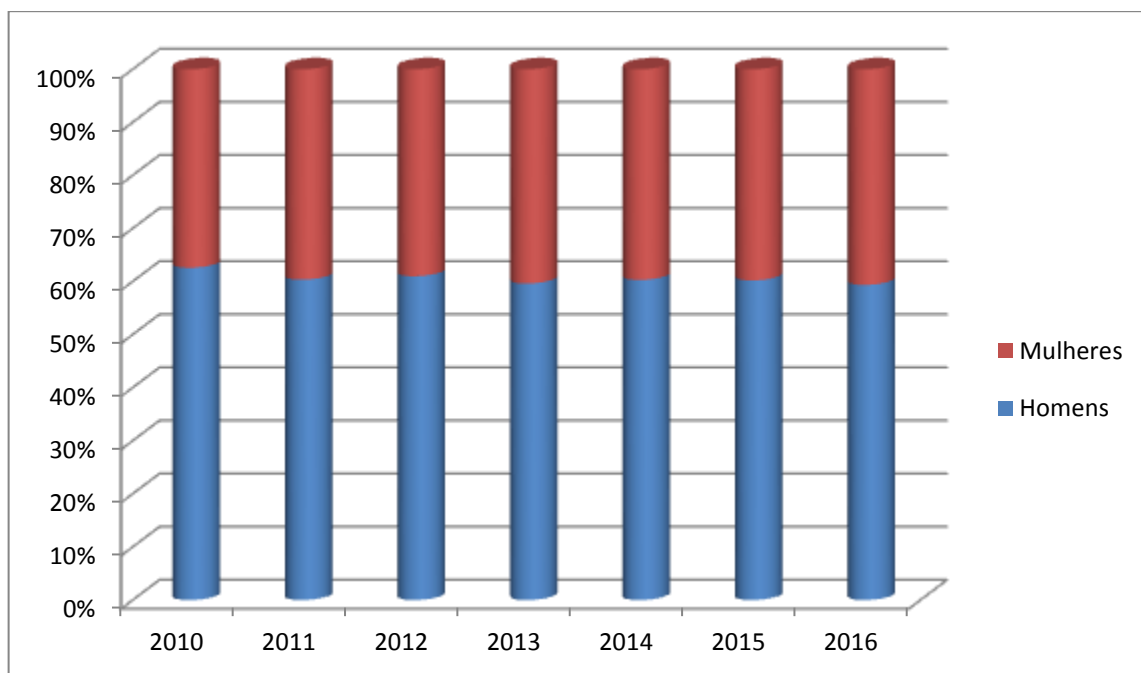
APÊNDICE E -RELATÓRIO DE CUSTOS DA PESQUISA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (em R\$)	VALOR TOTAL (em R\$)
Caderno	01U	5,00	5,00
Caneta	05U	2,00	10,00
Lápis	03U	1,00	3,00
Marca-Texto	02U	3,00	6,00
Pen-drive	01U	40,00	40,00
Gravador MP4	01U	200,00	200,00
Borracha	02U	2,00	4,00
Combustível	530L	4,00	2.120,00
Taxa de Publicação de artigos+ Revisores	02 artigos	1.000,00	2.000,00
TOTAL	-	R\$1.257,00	4.388,00⁴

⁴ Os custos serão arcados pela pesquisadora do estudo

A N E X O S

**ANEXO A - Gráfico de casos de sífilis adquirida no Brasil por ano,
conforme o sexo**



ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS

TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital Universitário Gaffree e Guinle está de acordo com a execução do projeto "Desvendando a sífilis no homem, a partir da sua história de vida, e de suas parcerias sexuais", coordenado pela pesquisadora Maria Beatriz de Assis Veiga, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 28 de 06 de 2017


Fernando Perry

Superintendente HUGG/EBSERH
Portaria nº 85 de 03/05/2016

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO C –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desvendando a sífilis no homem, a partir da sua história de vida, e de suas parcerias sexuais

Pesquisador: Maria Beatriz de Assis Veiga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70958017.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.267.514

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objeto O contágio, o diagnóstico e o tratamento do homem com sífilis. A sífilis é uma das infecções transmitidas através da relação sexual que pode causar danos sistêmicos e levar a morte, além de comprometer a saúde fetal, através de sua transmissão vertical.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os fatores que influenciam no contágio, diagnóstico e tratamento da sífilis no homem, a partir da sua história de vida; Descrever a assistência à saúde do homem, em relação a sífilis; Propor ações em saúde que favoreçam a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis nos homens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Incomodos e emoções na descrição ao descrever as experiências pessoais

Benefícios:

Aumentar o conhecimento para na área da enfermagem e saúde quanto a assistência ao homem no que se relaciona a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.267.514

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE maiores de 18 anos e para responsáveis: adequado
- Termo de assentimento: adequado
- Termo de anuência: adequado
- Termo de compromisso do pesquisador; adequado
- Cronograma:adequado

Recomendações:

Revisão gramatical

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_952755.pdf	15/08/2017 14:58:56		Aceito
Cronograma	cronograma_corrigido.docx	15/08/2017 14:58:09	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_corrigido.doc	15/08/2017 14:53:58	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
Outros	CartarespostaaaoCEP.doc	15/08/2017 14:53:25	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeAssentimento_Corrigido.docx	15/08/2017 14:52:44	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	040717Projeto.doc	04/07/2017 16:25:18	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	04/07/2017 16:23:00	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/07/2017 15:55:22	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	04/07/2017 15:49:37	Maria Beatriz de Assis Veiga	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com