



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS –
PPGENFBIO

CARLOS JOSÉ MARTINS

COMPORTAMENTOS INFORMACIONAIS, PRÁTICAS CULTURAIS
E DETERMINANTES SOCIAIS DE HOMENS COM SÍFILIS: DO ACOLHIMENTO
AO SEGUIMENTO

Rio de Janeiro

2021

CARLOS JOSÉ MARTINS

**COMPORTAMENTOS INFORMACIONAIS, PRÁTICAS CULTURAIS
E DETERMINANTES SOCIAIS DE HOMENS COM SÍFILIS: DO ACOLHIMENTO
AO SEGUIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

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

Rio de Janeiro

2021

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

M379 Martins, Carlos José
Comportamentos informacionais, práticas culturais e determinantes sociais de homens com sífilis: do acolhimento ao seguimento / Carlos José Martins. -- Rio de Janeiro, 2021.
141

Orientador: Leila Rangel da Silva.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2021.

1. Saúde do homem. 2. Sífilis adquirida. 3. Comportamentos relacionados à saúde. 4. Determinantes sociais da saúde. I. Rangel da Silva, Leila, orient. II. Título.

CARLOS JOSÉ MARTINS

**COMPORTAMENTOS INFORMACIONAIS, PRÁTICAS CULTURAIS
E DETERMINANTES SOCIAIS DE HOMENS COM SÍFILIS: DO ACOLHIMENTO
AO SEGUIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

Aprovado em: 31 de março de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva
Presidente / Orientadora
UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Marcelle Sampaio de F. Guimarães Ribeiro
1^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Isis Vanessa Nazareth
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Nébia Maria Almeida De Figueiredo
3^a Examinadora

Prof. Dr. Antonio Macedo D´Acri
4^o Examinador

Prof.^a Dr.^a Fabiana dos Santos C. Firmo Pereira
Suplente

Prof.^a Dr.^a Maria Beatriz de Assis Veiga
Suplente

A todos os meus professores,
colaboradores e amigos, que serviram de
base para esta modesta contribuição à
ciência.

A todos os meus familiares pelo carinho,
compreensão, apoio e estímulo.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que incentivaram e colaboraram para a realização desta tese de doutorado.

A Deus primeiramente, pelo dom da vida e beleza da criação.

À Espiritualidade Superior, pela proteção e inspiração constantes durante esta caminhada.

Ao meu núcleo familiar (*in memoriam*), sobretudo à minha mãe Wilfrida Elina Alfonso Heisele Martins, por formar o arcabouço da minha formação pessoal.

À Dra. Mônica Cristina de Oliveira Bittencourt, pelo incentivo e carinho de sempre.

À UNIRIO, por me abrigar em toda a vida acadêmica, desde a graduação até o doutorado.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Leila Rangel da Silva, por sua atenção, delicadeza e gentileza em me conduzir neste trabalho, mesmo diante das dificuldades. Sua dedicação e extrema competência foram fundamentais para a elaboração de cada página deste trabalho.

À minha querida Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, por ter me ajudado desde o início da elaboração deste estudo. Tenho-lhe grande admiração pela sua trajetória acadêmica e pesquisadora brilhante.

Aos Membros da Banca Examinadora, pelo aceite na participação e pela grande importância e relevância dos comentários concernentes ao estudo.

Aos professores e funcionários do PPGENFBIO/UNIRIO, por acolherem tão carinhosamente profissionais de outras áreas do conhecimento.

Aos professores e colegas da Disciplina de Dermatologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pelo incentivo de sempre e pela troca de conhecimentos e experiências compartilhadas.

Aos meus colegas do curso de doutorado do PPGENFBIO/UNIRIO, pela convivência carinhosa, amistosa e incentivo mútuo em todos os momentos desta jornada.

À Bolsista PIBIC/CNPq e membro integrante da “Tenda da Sífilis” Larissa Araújo de Lima Moraes, pela valiosa colaboração na organização das planilhas de dados.

Aos professores e colegas do Serviço de Imunologia/HIV do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pela ajuda na coleta de dados e no atendimento aos pacientes nesse centro de referência.

Ao Dr. Luiz Claudio Pereira Ribeiro e toda a equipe do Laboratório de Pesquisa em Imunologia e Aids e do Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pelo apoio, amizade e valiosa cooperação na captação dos indivíduos com sífilis.

Aos amigos Ricardo Carvalho e Isabelle de Carvalho Rangel, pela valiosa ajuda nas investigações da neurosífilis.

A toda equipe de Enfermagem do Serviço de Dermatologia na administração dos medicamentos e carinho com os pacientes.

Aos pacientes, que me inspiram a dar o meu melhor e me fazem cada vez mais sentir a responsabilidade de nossa tarefa.

Muito obrigado a todos!

31 de março de 2021 – Outono carioca!!

As folhas das árvores servem para nos
ensinar a cair sem alardes.

Manoel de Barros – Poeta Pantaneiro

O pressuposto da vulnerabilidade aos
perigos depende mais da falta de
confiança nas defesas disponíveis do que
do volume ou da natureza das ameaças
reais.

Zygmunt Bauman

RESUMO

O objeto deste estudo é o comportamento informacional, as práticas culturais e os determinantes sociais de homens com sífilis. Esta infecção se manifesta de várias formas clínicas na pele, o que pode, muitas vezes, trazer dificuldades no diagnóstico e tratamento. Os objetivos foram: conhecer a trajetória de busca por atendimento de homens com diagnóstico de sífilis; identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes homens com sífilis atendidos no Ambulatório de Dermatologia de um hospital público universitário federal localizado na cidade do Rio de Janeiro; analisar a adesão ao tratamento e seguimento da sífilis em homens no que tange ao comportamento informacional relacionado à saúde e aos determinantes sociais. Pesquisa de abordagem metodológica mista. Para o levantamento do perfil clínico-epidemiológico, foi aplicado instrumento com perguntas fechadas a 63 homens usuários do Ambulatório de Dermatologia de um hospital público universitário federal de médio porte situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, e um roteiro de entrevista sobre comportamento e práticas de homens com diagnóstico de sífilis. O projeto respeitou os princípios éticos e foi aprovado, sob Parecer nº 3.411.92, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada de agosto a dezembro de 2020. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, apresentados em frequências relativas e absolutas. Os resultados apontaram que 68,3% dos homens tinham idade entre 20 e 29 anos, sendo que 66,7% destes se autodeclararam brancos. A maioria (61,9%) informou ter múltiplas parcerias, e 66,7% relataram uso esporádico de preservativo. Na prática do sexo oral, 90,5% não utilizavam preservativo. Durante o exame dermatológico, 22,2% não possuíam história de lesão tegumentar pregressa nem atual de sífilis. Identificou-se que fatores sociais e culturais influenciam no exercício da sexualidade e podem favorecer o contágio. A sífilis está presente no espaço social dos homens, contribuindo para a sua banalização. Há um desconhecimento tanto antes como após o seu diagnóstico. A descoberta da infecção se deu muito comumente sem sintomatologia clínica e de forma inesperada. O tratamento transcorreu com ênfase no modelo biomédico. O estabelecimento de vínculo e a assistência humanizada auxiliaram o tratamento da infecção. Concluiu-se que é importante abrir mais espaços para dialogar sobre a sexualidade e orientar os homens quanto à prevenção da sífilis. Faz-se necessário revisar as práticas educativas, assim como repensar a inserção masculina nos serviços de saúde para aumentar a participação deles no seu processo saúde-doença.

Palavras-chaves: Saúde do homem; Sífilis adquirida; Comportamentos relacionados à saúde; Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

The object of this study is information behavior, cultural practices and social determinants of men with syphilis. This infection manifests itself on the skin in various clinical forms, which can often cause difficulties in its diagnosis and treatment. The aims were: to know the trajectory of men diagnosed with syphilis in seeking care; to identify the clinical-epidemiological profile of male patients with syphilis treated at the Dermatology Outpatient Clinic of a federal university public hospital located in the city of Rio de Janeiro; to analyze adherence to the treatment and follow-up of syphilis in men regarding information behavior related to health and social determinants. This has been a mixed methods research. In order to survey the clinical-epidemiological profile, an instrument with closed-ended questions was applied to 63 men who used the Dermatology Outpatient Clinic of a medium-sized federal university public hospital located in the North Zone of the city of Rio de Janeiro, in addition to interviews on the behavior and practices of men diagnosed with syphilis. The project respected the ethical principles and was approved, under Opinion No. 3.411.92, by the Research Ethics Committee of the Gaffrée e Guinle University Hospital, of the Federal University of the State of Rio de Janeiro. Data was collected from August to December 2020. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics, presented in relative and absolute frequencies. The results showed that 68.3% of the men were aged between 20 and 29, and 66.7% self-declared as white. The majority (61.9%) reported having multiple partners, and 66.7% reported wearing condoms sporadically. In regard to oral sex, 90.5% reported not to wear a condom. During dermatological examination, 22.2% had no history of previous cutaneous lesion or current syphilis. It was identified that social and cultural factors influence the exercise of sexuality and can favor contagion. Syphilis is present in the social space of men, contributing to its trivialization. There is a lack of knowledge both before and after its diagnosis. The infection was often discovered unexpectedly and without clinical symptoms. Treatment was conducted with an emphasis on the biomedical model. The establishment of bonds and humanized care helped to treat the infection. It was concluded that it is important to open more space for dialogue on sexuality and to instruct men on the prevention of syphilis. It is necessary to review educational practices, as well as to rethink the inclusion of males in health services in order to increase their engagement in their health-disease process.

Keywords: Men's Health; Acquired syphilis; Health-related behaviors; Social determinants of health.

RESUMEN

El objeto de este estudio es el comportamiento informacional, las prácticas culturales y los determinantes sociales de hombres con sífilis. Esta infección se manifiesta de varias formas clínicas en la piel, lo que a menudo puede generar dificultades para el diagnóstico y el tratamiento. Los objetivos fueron: conocer la trayectoria de búsqueda de atención de hombres diagnosticados con sífilis; identificar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes varones con sífilis atendidos en el Ambulatorio de Dermatología de un hospital público universitario federal ubicado en la ciudad de Río de Janeiro; analizar la adherencia al tratamiento y el seguimiento de la sífilis en hombres con respecto al comportamiento informacional relacionado con la salud y los determinantes sociales. Investigación con enfoque metodológico mixto. Para la identificación del perfil clínico-epidemiológico se aplicó un instrumento con preguntas cerradas a 63 hombres que acudieron al Ambulatorio de Dermatología de un hospital público federal de tamaño mediano ubicado en la Zona Norte de la ciudad de Río de Janeiro y una pauta de entrevista sobre el comportamiento y prácticas de los hombres diagnosticados con sífilis. El proyecto respetó los principios éticos y fue aprobado, bajo el Dictamen No. 3.411.92, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro. La recolección de datos se realizó de agosto a diciembre de 2020. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva y se presentaron en frecuencias relativas y absolutas. Los resultados mostraron que el 68,3% de los hombres tenían entre 20 y 29 años, de los cuales el 66,7% se declaró blanco. La mayoría (61,9%) informó tener múltiples parejas y el 66,7% informó el uso esporádico de condón. En la práctica del sexo oral, el 90,5% no utilizaba preservativo. El examen dermatológico indicó que el 22,2% no tenía antecedentes de lesión tegumentaria pasada o actual por sífilis. Se identificó que factores sociales y culturales influyen en el ejercicio de la sexualidad y pueden favorecer el contagio. La sífilis está presente en el espacio social de los hombres, lo que contribuye a su banalización. Existe un desconocimiento tanto antes como después de su diagnóstico. El descubrimiento de la infección se produjo con mucha frecuencia sin síntomas clínicos y de forma inesperada. El tratamiento se realizó con énfasis en el modelo biomédico. El establecimiento de vínculos y la atención humanizada favorecieron el tratamiento de la infección. Se concluyó que es importante abrir más espacios para hablar sobre sexualidad y orientar a los hombres en la prevención de la sífilis. Es necesario revisar las prácticas educativas, así como repensar la inserción masculina en los servicios de salud para incrementar su participación en su proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Salud del hombre; Sífilis adquirida; Comportamientos relacionados con la salud; Determinantes sociales de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI).....	72
Figura 2 – Ilustração dos Verbos de Maior Ocorrência (Ser, Ter, Estar).....	101
Figura 3 – Resultado dos cinco clientes analisados	113

LISTA DE GRADES

Grade 1 – Unidades de Registro do Cliente 1.....	102
Grade 2 – Unidades de Registro do Cliente 2.....	102
Grade 3 – Unidades de Registro do Cliente 3.....	103
Grade 4 – Unidades de Registro do Cliente 4.....	103
Grade 5 – Unidades de Registro do Cliente 5.....	104
Grade 6 – Total das Unidades de Registro (902) dos cinco clientes	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG	53
Quadro 2 – Tipos de Lesão Sifíides Papulosas.....	60
Quadro 3 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente nº 1.....	75
Quadro 4 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 1	78
Quadro 5 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 2	78
Quadro 6 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 2	82
Quadro 7 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 3.....	82
Quadro 8 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 3	84
Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4	85
Quadro 10 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 4	92
Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5	92
Quadro 12 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 5	98
Quadro 13 – Síntese Geral das Unidades de Registro dos Cinco Participantes.....	99
Quadro 14 – Caixas	99
Quadro 15 – Verbos de Maior Ocorrência.....	100
Quadro 16 – Síntese Geral dos Totais de Verbos com Destaque para os Verbos de Maior Ocorrência em Cada Entrevista	100
Quadro 17 – Ser, Ter e Estar com sífilis dos Clientes 1, 2, 3, 4 e 5.....	105
Quadro 18 – Total de Unidades de Registro	106
Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa Etária, Etnia e Grau de Escolaridade	47
Tabela 2 – Estado Civil, Religião, Renda Individual e Plano de Saúde	48
Tabela 3 – Uso de Álcool e Drogas Ilícitas.....	48
Tabela 4 – Comportamento Sexual.....	49
Tabela 5 – História Prévia de Infecções Sexualmente Transmissíveis	50
Tabela 6 – História, Conhecimento, Formas de Transmissão de Sífilis e Prevenção às IST.....	51
Tabela 7 – Procedência dos Casos de Sífilis Adquirida Acompanhados no Ambulatório de Dermatologia	53
Tabela 8 – Lesões Relacionadas à Sífilis Identificadas durante a Consulta	59
Tabela 9 – Características das Lesões	59
Tabela 10 – Tratamento dos Casos de Sífilis Adquirida Acompanhados no Serviço de Dermatologia do HUGG	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPF	Biológico Falso-Positivo
CCR	Receptor de quimiocina
CD4 ⁺⁺	Subpopulação de linfócitos T auxiliares
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DEMI	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IV	Intravenoso
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
NM	Norma Moral
NR	Não Reator
NuPEEMC	Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PPGENFBIO	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/Aids
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RPR	Teste de Reagina Plasmática Rápida
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Teoria dos Comportamentos Interpessoais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TR	Teste Rápido
UI	Unidades
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Registro
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VO	Via Oral
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	18
1.1	OBJETO DE ESTUDO	18
1.2	TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR.....	18
1.3	O PROBLEMA DO ESTUDO.....	20
1.4	PRESSUPOSTO	25
1.5	QUESTÕES NORTEADORAS	25
1.6	OBJETIVOS DO ESTUDO	25
1.7	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	26
2.	BASES CONCEITUAIS	28
2.1	PANORAMA DA SÍFILIS NO BRASIL	28
2.2	O HOMEM COM SÍFILIS.....	29
2.3	MODELO BIOMÉDICO E ASSISTÊNCIA INTEGRAL	33
2.4	COMPORTAMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE.....	36
2.4.1	Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI)	39
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
3.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO	43
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	43
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	43
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	45
3.7	ANÁLISE DE DADOS	45
4.	PARA ALÉM DAS ROSÉOLAS SIFILÍTICAS	47
4.1	RESULTADOS.....	47
4.1.1	Variáveis sociais, econômicas, comportamento sexual, conhecimento sobre sífilis e contágio por outras IST/HIV	47
4.1.2	Para Além das Roséolas Sifilíticas: Achados Clínicos	52
4.2	DISCUSSÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO.....	61
5.	COMPORTAMENTOS, PRÁTICAS E DETERMINANTES SOCIAIS DE HOMENS COM SÍFILIS À LUZ DA TEORIA DOS COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS (TCI)	72

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO.....	133
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	138
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (CARTA DE ANUÊNCIA).....	139
ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO	140
ANEXO 3 – PARECER DE ÉTICA EM PESQUISA	141

1. INTRODUÇÃO

1.1 OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo é o comportamento informacional, as práticas culturais e os determinantes sociais de homens com sífilis.

1.2 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR

Há muitos anos como estudante de medicina, e posteriormente trabalhando como professor no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), tive a minha atenção voltada para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobretudo para a sífilis adquirida, por se manifestar na pele de várias formas clínicas, o que pode trazer dificuldades no seu diagnóstico e, conseqüentemente, retardar o tratamento, ocasionando danos à saúde do homem, das parcerias e, portanto, à família.

Nas aulas teóricas e teórico-práticas, reforço junto ao corpo discente de medicina, incluindo os residentes, que é preciso “pensar sifiliticamente” – frase que nada mais é do que um alerta para os profissionais de saúde, principalmente no campo da dermatologia, em que diferentes manifestações de outras doenças podem ter a mesma aparência, e muitas vezes a sífilis não é uma primeira hipótese diagnóstica, retardando o próprio diagnóstico, o tratamento e a cura.

A motivação em estudar a sífilis adquirida nos homens advém dos casos do dia a dia no Ambulatório de Dermatologia, onde homens e mulheres chegam bastante assustados em busca de diagnóstico para uma “lesão” que não conseguem curar. Apesar de ser uma enfermidade potencialmente grave, apresenta poucos sintomas, por isso é difícil de ser diagnosticada pelos inúmeros sinais que produz na pele, fâneros e anexos.

Um caso clássico recente, de 2019, ocorreu com um homem de 53 anos, de classe média alta, grande empresário e com nível superior completo, que foi encaminhado para o serviço após busca por outros atendimentos médicos em instituições de saúde da rede privada. Durante o atendimento, contou-nos que peregrinou em outros três serviços privados com diagnóstico de lesão herpética. Ao exame da lesão no lábio superior, de imediato verificou-se tratar-se de cancro duro sugestivo de sífilis. Foram solicitados teste rápido e *Venereal Disease Research*

Laboratory (VDRL), que confirmaram a doença, sendo medicado com a primeira dose de penicilina benzatina logo em seguida, juntamente com o agendamento das outras doses e consulta de seguimento. Hoje, encontra-se livre de lesões, sendo um homem muito agradecido pelo diagnóstico conclusivo e o sucesso no tratamento.

Corroboro com Moreira (2013), organizador do livro “Comportamento e práticas culturais”, em que cita Skinner (1986) e Andery (1993), referindo que o futuro da humanidade pode estar ameaçado por consequências desastrosas de práticas culturais que não estão em consonância com a sobrevivência da espécie, como superpopulação, poluição do ambiente, violência, o que torna fundamental o estudo dos fenômenos sociais a fim de identificar as variáveis que determinam e mantêm o comportamento em sociedade, a exemplo dos preservativos que os homens se negam a usar, especialmente quando estão diante de uma relação “estável”.

Outro exemplo de comportamento cultural está relacionado à não adesão e falta de conscientização da população quanto ao teste rápido e tratamento de sífilis, uma vez que há grande oferta pelos Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) espalhados pelo Brasil. Embora o teste seja realizado por meio de técnica simples, rápida, de baixo custo e haja disponibilidade de tratamento efetivo com a droga de primeira escolha – penicilina benzatina –, ainda não são suficientes para conscientizar a população sobre o combate à sífilis.

Desde o início da vida acadêmica, reflito sobre o porquê de os homens procurarem pouco os serviços de saúde, comparativamente à maior regularidade das mulheres. Que comportamentos culturais estão imbricados na não busca pela saúde? Seria por medo do enfrentamento de uma IST? Por se acharem saudáveis e não precisarem de assistência integral? A reflexão se estende também aos profissionais da saúde e questiono: Como eles acolhem os homens na atenção primária? Como acolher o homem nos serviços com linguagem sensível? Os portadores de sífilis ainda são vistos pela nossa sociedade com forte preconceito, não apenas associado à doença, que tem cura conhecida, mas a um desvio de caráter ligado às práticas sexuais, decorrendo daí a falha no acolhimento e, como efeito, no tratamento e seguimento.

1.3 O PROBLEMA DO ESTUDO

O descontrole desta IST aponta para inúmeras vulnerabilidades e comportamentos de risco descritos nos estudos de Nazareth (2017), Veiga (2018) e Ribeiro (2019). Questiona-se se o homem estaria vivenciando reais dificuldades com peregrinações e má condução do diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento tardio da sífilis adquirida.

Somam-se a isso alguns pontos relevantes que contribuem para as dificuldades no controle da sífilis e de suas graves repercussões na saúde pública:

1. Curso epidemiológico fora do controle dos padrões habituais;
2. A sífilis presente nos locais onde a busca por relações sexuais está sem controle e a promiscuidade é o passaporte para a transmissão;
3. Tratamento negligenciado pelas autoridades de saúde, com prioridade apenas quando a doença está associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
4. O abalo que a sífilis gestacional e congênita causa no mundo e no Brasil;
5. A vulnerabilidade das mulheres que podem adquirir sífilis do seu parceiro único, ou seja, transmitida dentro de casa quando o homem está contaminado.

A sífilis se mantém como um fardo no rol dos problemas de saúde pública, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo, devido à falta de diagnósticos e tratamentos adequados e oportunos, que resulta em morbidade e mortalidade, inclusive por sífilis congênita (CARDOSO *et al.*, 2018).

É uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Pode ser classificada em sífilis adquirida recente (até um ano de evolução); sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução); e, segundo as manifestações clínicas, em sífilis primária, secundária, latente e terciária (BRASIL, 2019a).

A transmissão é predominantemente por via sexual; geralmente, a infecção ocorre pela presença do cancro duro, rico em treponemas, em contato com as mucosas da região genital e cavidade oral. A sífilis pode acometer qualquer indivíduo

e a prévia aquisição não garante imunidade em nova exposição à bactéria (SÃO PAULO, 2016).

O Brasil vive uma epidemia de sífilis, declarada desde 2016. Os levantamentos epidemiológicos indicam um aumento progressivo dos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita. No período de 2010 a 2020, foi registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 783.544 casos de sífilis adquirida, sendo a maior proporção, 59,8% (468.853), do sexo masculino (BRASIL, 2020a).

Esta incidência em maior grau na população masculina se deve, em parte, por conta de uma cultura em que o homem tem que ser viril e provedor da família. Diante disso, o homem não reconhece a importância de cuidar da sua saúde, demorando a acessar o serviço de saúde (BRASIL, 2019a).

A região Sudeste concentra os maiores números de casos de sífilis do país. Em 2019, respondeu por 44,6% dos casos de sífilis congênita, 45% de sífilis em gestante e 46,0% de sífilis adquirida. O estado do Rio de Janeiro ganhou “medalha de ouro”, a nível nacional, na incidência de sífilis congênita e em taxas de detecção de sífilis (BRASIL, 2020a).

Fatores relevantes na transmissão da sífilis estão associados a aspectos sociais, biológicos, culturais e comportamentais que influenciam na não adesão ao diagnóstico e tratamento, ainda mais por ser uma doença com fases assintomáticas e latentes, com uma variedade de sinais e sintomas que, inclusive, podem facilmente levar à confusão diagnóstica com inúmeras outras doenças. Nesse contexto, os exames laboratoriais são de grande importância e, às vezes, a única maneira de identificá-la (KENT; ROMANELLI, 2008).

Tese de doutorado realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro, intitulada “Narrativas de vida de homens com sífilis na perspectiva transcultural”, reforça a importância das práticas educativas em saúde e a realização de TR nas campanhas, em todos os níveis de atenção à saúde, como estratégia de diagnóstico e tratamento (VEIGA, 2018). Quando não tratada ou tratada de modo inadequado, esta infecção pode comprometer gravemente a saúde de homens e mulheres, afetando os olhos, os ossos, o sistema cardiovascular e até mesmo o sistema nervoso central de modo irreversível (HOOK, 2017).

Quanto à abordagem para diagnóstico e tratamento dos pacientes e suas parcerias sexuais, um fator que influencia é a cultura do machismo, tão presente na sociedade brasileira (TEBET *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a vulnerabilidade para a aquisição de uma IST está associada a eventos extraconjugais, principalmente por parte dos homens, pois a infidelidade é vista como uma necessidade do sexo masculino, e à não exigência do uso do preservativo entre parceiros fixos (MOURA *et al.*, 2021).

A mulher, geralmente, adquire a doença pelo contato íntimo com o homem que possui alguma lesão sífilítica na pele ou mucosa e pelo contato com o sangue contaminado com a bactéria. O risco de transmissão vertical do *Treponema pallidum* é dependente do estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, sendo de 70% a 100% a taxa de transmissão vertical observada em gestantes com sífilis recente e de 30% a 40% nos casos de sífilis tardia. Essa transmissão também pode acontecer através do parto vaginal, se a criança entrar em contato com as lesões sífilíticas. Na presença de infecção não tratada, estima-se que 25% dessas gestações terminem em aborto tardio ou óbito fetal, 11% em óbito neonatal de recém-natos a termo, 13% em parto prematuro ou baixo peso ao nascer, e 20% apresentam sinais clínicos de sífilis congênita (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Em vista disso, estudar o trinômio mãe-pai-filho é de grande relevância e pode oferecer subsídios para o campo teórico e prático, referente ao cuidado com o indivíduo com sífilis. No entanto, em relação à saúde da mulher e do homem, observa-se que a maioria dos estudos de sífilis e sífilis congênita no ciclo gravídico-puerperal estão ainda limitados à saúde da mulher e/ou do binômio mãe-filho (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

Pesquisas apontam que a adoção do preservativo depende da concordância masculina, o que configura um percalço para a prevenção, já que eles afirmam que o uso do método de barreira interfere no prazer sexual (ANDRADE *et al.*, 2015). Esta é uma das razões por que as estratégias preventivas e políticas de enfrentamento à sífilis e outras IST devem incorporar o homem (MOURA *et al.*, 2021).

Desse modo, considera-se que, no intuito de alcançar melhores resultados no combate à sífilis e sífilis congênita, é necessário investir na compreensão do homem, da mulher e da família, para que se possa entender e cuidar do ser humano na sua integralidade, escutá-los e conhecer um pouco da sua história de vida a partir do aconselhamento (SILVA; SANTOS, 2004).

O aconselhamento constitui um importante instrumento e uma desafiante tarefa de quebra de transmissão das IST, HIV e aids. Está fundamentado em tarefas básicas, tais como informar, avaliar riscos e apoiar o usuário. É uma abordagem que permite ao usuário expressar o que sabe, pensa e sente acerca das IST, e o profissional de saúde, ao escutá-lo, avalia suas vulnerabilidades e identifica as medidas preventivas viáveis, segundo as possibilidades e limites de cada indivíduo. Em síntese, tem como componentes a troca de informações, o apoio emocional, a avaliação de riscos e vulnerabilidades, bem como a análise das possibilidades e limites de enfrentamento de tais vulnerabilidades (BRASIL, 2012, 2013).

O acolhimento, a escuta ativa, o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, a integralidade e a multidisciplinaridade do cuidado fazem parte das diretrizes e princípios do aconselhamento e são ações essenciais para que o indivíduo com diagnóstico de sífilis aumente sua capacidade de se cuidar e transformar sua realidade (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde preconiza o aconselhamento de sífilis no pós-parto e puerpério nas maternidades, pois favorece a aderência das famílias e de suas parcerias sexuais ao tratamento e seguimento da sífilis, e a conscientização sobre as medidas de prevenção da doença (BRASIL, 2020). Contudo, é sabido que o aconselhamento, sobretudo o seguimento, não é uma realidade nos serviços de saúde do Brasil, principalmente fora do ciclo gravídico-puerperal.

A sífilis representa expressivo desafio dos serviços de saúde pública em todo o mundo. Frente aos avanços da medicina contemporânea, parece anacrônico o fato de uma doença que apresenta agente etiológico bem definido, formas conhecidas de transmissão, longo período de incubação e tratamentos que possibilitam excelentes índices de cura, continuar registrando novos casos e escapando das medidas que visam o seu controle (DUARTE, 2012).

Nesse mesmo padrão de anacronismo, os pesquisadores têm assistido perplexos aos desdobramentos da infecção entre as mulheres de idade reprodutiva, prejudicando o prognóstico gestacional e perinatal, pois, além da sífilis congênita, elevam-se as taxas de abortamento tardio, restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e morte fetal (DUARTE, 2012).

A Secretaria de Vigilância em Saúde analisou, em edição especial, uma série histórica (2003-2019), apontando o incremento da taxa de incidência de sífilis congênita de 1,7 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e frisou que, no período de

2005 a 2017, a taxa de detecção de sífilis em gestantes passou de 0,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, enquanto a taxa de detecção de sífilis adquirida passou de 2,0 para 58,1 casos por 100 mil habitantes de 2010 a 2017 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019). Ao mesmo tempo, alertou que somente nos últimos 16 anos (2003-2019) houve inclusão da sífilis em gestante e sífilis adquirida como agravos de notificação compulsória.

Em relação ao diagnóstico, assistência e tratamento, ressaltam-se a publicação de manuais, guias e protocolos, as parcerias com conselhos de classe, a ampliação da testagem rápida e tratamento de sífilis, e a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para compra centralizada de penicilinas (BRASIL, 2017a, 2020).

O estudo de Veiga (2018) mostra que o governo federal investiu em testes rápidos, o que seguramente aumentou a notificação, e afirma que apenas 11,5% dos parceiros sexuais das mulheres (mães) foram identificados com a infecção.

Estudo de Campos *et al.* (2012, p. 401), conduzido em Fortaleza/CE, que tratou da sífilis em parturientes e dos aspectos relacionados ao parceiro sexual, evidencia a baixa proporção de mulheres que foram diagnosticadas com sífilis no período gestacional, a dificuldade de captação e tratamento dos parceiros sexuais, e que tão pouco são adequadamente tratados. Veiga (2018, p. 41), em sua tese de doutorado, revisou estudos que revelam que o tratamento do parceiro sexual continua sendo um impasse ao combate à sífilis congênita, refletindo a realidade brasileira.

Tese de doutorado realizada no município do Rio de Janeiro, “Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita”, analisou produções científicas sobre a temática aconselhamento e sífilis. Apontou que os estudos discutem como ocorre o aconselhamento pré e pós-teste de sífilis e que, dos 18 artigos selecionados no período de 2012-2016, vários mostraram a importância dos CTA para o enfrentamento da sífilis, destacando-se a importância dos CTA móveis para alcançar populações de maior vulnerabilidade ou de difícil acesso geográfico (RIBEIRO, 2019).

Ademais, o aconselhamento foi apresentado como uma valiosa ferramenta para ações de prevenção e promoção de saúde, levando à redução de sífilis e outras IST, com a diminuição de comportamentos de risco e adesão às medidas preventivas (RIBEIRO; RUSSO; ROHDEN, 2013).

Quanto ao presente estudo, trata-se de um constructo dentro da linha de pesquisa “Motricidade humana e cuidados: mecanismos e efeitos moleculares, celulares e fisiológicos do corpo em suas diversas experiências biológicas, históricas e ambientais” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); produto do projeto institucional “Sífilis no ciclo da vida: interface entre a saúde e a educação”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva e cadastrado no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (DEMI/ EEAP/UNIRIO).

1.4 PRESSUPOSTO

O comportamento informacional relativo à saúde, a práticas culturais e determinantes sociais se relacionam no processo saúde-doença do homem com sífilis, desde o contágio até o seguimento.

1.5 QUESTÕES NORTEADORAS

Questão 1: Como é o comportamento informacional dos homens relacionado às formas de transmissão e tratamento da sífilis?

Questão 2: Qual é a relação entre o comportamento informacional e as práticas culturais na adesão e seguimento da sífilis?

1.6 OBJETIVOS DO ESTUDO

- 1) Conhecer a trajetória de busca por atendimento de homens com diagnóstico de sífilis;
- 2) Identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes homens com sífilis atendidos no Ambulatório de Dermatologia de um hospital universitário federal do Rio de Janeiro;

- 3) Analisar a adesão ao tratamento e seguimento da sífilis em homens no que se refere ao comportamento informacional relacionado à saúde e aos determinantes sociais.

1.7 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O desenvolvimento deste trabalho justifica-se a partir do hiato em conhecimentos científicos voltados para o comportamento informacional de homens com sífilis.

O comportamento informacional é a totalidade do comportamento humano em relação às fontes e aos canais de informação, incluindo o uso de meios como a comunicação face a face, propagandas na TV e meios digitais (MARTINEZ-SILVEIRA; ODDONE, 2007).

Afinal, por que relacionar o comportamento informacional quando se fala de sífilis? Por ser uma preocupação contemporânea – uma epidemia com índices alarmantes – e por entender-se que um dos caminhos para o controle desta doença está ancorado nas ações diretas dos profissionais de saúde através das atividades de educação em saúde junto aos usuários dos serviços de saúde, com possibilidade de utilização de ferramentas digitais, cada vez mais acessíveis pela população, a exemplo do *smartphone*.

A experiência assistencial no dia a dia do hospital universitário demonstra que o público masculino procura o serviço de saúde quando necessita de tratamentos clínicos e cirúrgicos mais invasivos. Desta forma, a mídia digital seria uma oportunidade de aprendizado/conhecimento capaz de influenciar diretamente o comportamento informacional.

Vale registrar que reflexões sobre o público masculino são escassas (SILVA *et al.*, 2019). Em 2014, um estudo apontou que a saúde sexual é uma porta para o cuidado à saúde masculina (PINTO *et al.*, 2014).

A carência de pesquisas que abarquem a saúde masculina e a sífilis foi discutida em artigo publicado em 2019, “Sífilis na mulher e no homem: uma revisão integrativa das publicações científicas”, e chama atenção para o fato de a cura ser reconhecida desde a descoberta da penicilina na década de 1940, ao passo que a sua incidência aumenta vertiginosamente (SILVA *et al.*, 2019).

É real a necessidade de promover iniciativas de educação em saúde no sentido de acolher homens, esclarecendo as formas de transmissão, diagnóstico, tratamento, concomitante ao autoconhecimento, como o uso dos preservativos para a prática do sexo vaginal, anal e oral. Identificou-se uma maior frequência de investigações na temática sífilis pela área médica e que quase 70% dos artigos selecionados tratavam de aspectos clínicos e epidemiológicos, abordados pelos pesquisadores da medicina (SILVA *et al.*, 2019).

Assim, os resultados desta pesquisa poderão ser amplamente divulgados tanto na instituição pesquisada, bem como nas escolas da área da saúde de todo o Brasil, para que, desde a formação acadêmica, os futuros profissionais possam ter uma conduta baseada na ciência atrelada ao cuidado com empatia.

Esta investigação possui o intuito de contribuir para o saber-fazer na área das ciências da saúde, proporcionando capacitação dos profissionais à assistência dos homens com sífilis e, quiçá, ajudando a modificar as políticas públicas direcionadas à saúde do homem.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 PANORAMA DA SÍFILIS NO BRASIL

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente. O aumento de sua incidência na Europa coincidiu com o descobrimento da América; por esta razão, pensava-se que essa doença era procedente do “Novo Mundo”. Entretanto, a sífilis já existia em território europeu há pelo menos quatro séculos (BRASIL, 2006).

O termo *lues venerea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é peste ou epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, cunhado por Jean Fernel. O nome sífilis surgiu em 1530, num poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*. Já foi denominada também como mal gálico, mal venéreo, bubas e pudendraga. Porém, a palavra sífilis como definição de um quadro patológico começou a ser usada somente no final do século XVIII. Em 1876, Philippe Ricord estabeleceu os três estágios da doença. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como agente etiológico e, em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para detecção da sífilis (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A primeira medicação ativa no tratamento da sífilis, os derivados arsenicais trivalentes (606 ou Salvarsan), foi descoberta por Erich e Hata. Contudo, a cura só foi possível com a descoberta da penicilina, em 1928, pelo bacteriólogo britânico Alexander Fleming, sendo a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis demonstrada por John Mahoney, em 1943. Após a II Guerra Mundial, com o uso desse antibiótico, houve um declínio expressivo da sífilis no Brasil e no mundo. No entanto, a total eliminação da doença nunca foi alcançada, tanto que a partir da segunda metade do século passado, a sífilis e outras doenças venéreas emergiram como problema de saúde pública de grande magnitude na maioria dos países ocidentais (BRASIL, 2006).

Considerando especificamente a morte fetal por infecção sífilítica, sob a perspectiva do conhecimento atual, conclui-se que, hodiernamente, sua ocorrência na sociedade é simplesmente ilógica. Adjetivo tão contundente decorre da carência total de razoabilidade para a não aplicação dos ordenamentos protocolares, os quais, se cumpridos, permitiriam evitar evento tão nefasto (DUARTE, 2012).

A sífilis afeta um milhão de mulheres grávidas por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura outras 215 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nascem com sífilis congênita anualmente. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, o que pode ser atribuído, em parte, ao aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, à redução do uso de preservativo, à resistência dos profissionais de saúde em administrar a penicilina na Atenção Básica, ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (SILVA *et al.*, 2020).

2.2 O HOMEM COM SÍFILIS

Desde os primórdios, o homem foi ensinado a não chorar e a reprimir seus sentimentos e emoções. A formação da masculinidade foi conduzida por um processo histórico através da cultura patriarcal que estabeleceu uma hierarquia entre homens e mulheres, percebendo-os como seres invulneráveis (CAVALCANTI *et al.*, 2014, p. 629).

Pesquisa multicêntrica objetivou investigar como se dá a relação homem-assistência à saúde em cidades de quatro estados brasileiros: Pernambuco (Recife e Olinda); Rio de Janeiro (Rio de Janeiro); Rio Grande do Norte (Natal) e São Paulo (São Paulo e Santos) e concluiu que a baixa presença e pouca conexão com as atividades oferecidas pelo serviço, por parte dos homens, não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde, apontando um padrão de masculinidade tradicional que os distancia da promoção e prevenção de doenças (COUTO *et al.*, 2010, p. 267).

Estudo realizado por Maria Luiza Heilborn na década de 1990 com homens e mulheres moradores do Rio de Janeiro, “Construção de si, gênero e sexualidade”, discutiu os valores e práticas sociais que modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas. A cultura (em sentido *lato*) é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abrangem as

categorizações de gênero, orientação sexual, e a escolha de parcerias sexuais (HEILBORN, 1999).

Com base na perspectiva de gênero, é cada dia mais comum a relação entre a masculinidade e o cuidado à saúde. Entretanto, no que diz respeito à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde, adoecimento e cuidado, Couto *et al.* (2010, p. 258) afirmam que alguns estudos qualitativos identificaram barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde.

Trabalho realizado no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz (INI/Fiocruz), do Rio de Janeiro (RJ), tratou da “Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual”, destacando a dificuldade do tratamento do parceiro sexual de portadores de IST. Este problema pode estar relacionado à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre excluíram o homem, provocando a baixa procura por atendimento, bem como à visão que os homens têm acerca da saúde, uma vez que atribuem à mulher a responsabilidade pelo seu cuidado e da família (COUTO *et al.*, 2010).

Mendonça e Andrade (2010) publicaram um estudo nominado “A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?”, no qual fazem um contraponto com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituída pelo Ministério da Saúde. Relatam estudos sobre a saúde dos homens, que vem ganhando destaque no cenário nacional devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam essa população, e reforçam a preocupação com a baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde, o que dificulta a interação entre os homens e os serviços de saúde.

Cotidianamente, ao acompanhar homens com diagnóstico de sífilis no ambulatório de dermatologia, durante a anamnese, ao escutar o relato dos homens, fica claro nas entrelinhas que ter uma doença sexualmente transmissível (DST) é natural para eles e que pode ser um sinal de virilidade. Outro fator que contribui para a não adesão dos homens às medidas de promoção e prevenção à saúde refere-se ao estereótipo de masculinidade, que se encontra enraizado na cultura, com valores e crenças cristalizados sobre o ser masculino. Nesse modelo hegemônico de masculinidade, não se admite expressão de fraqueza ou qualquer atributo que sugira feminilidade (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

Preocupado com a participação do homem no acompanhamento gestacional de seu filho e com o controle da sífilis congênita, o Ministério da Saúde lançou o “Guia

do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde” como uma ferramenta inovadora para um envolvimento consciente e ativo de homens em todas as faixas etárias e com ações voltadas para o planejamento reprodutivo, acolhimento e melhoria de acesso aos serviços da atenção básica de saúde (HERRMANN *et al.*, 2016).

Depreende-se, portanto, que a presença do parceiro sexual é fundamental no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, porque não só é preciso cuidar da saúde da mulher e do feto/recém-nascido, como ter um olhar integral para a saúde do homem, dar-lhes maior visibilidade para que se possa pensar na promoção de saúde e prevenção de doenças.

O primeiro contato profissional-cliente no pré-natal deve ser aproveitado para incorporar ações voltadas ao cuidado integral à saúde do homem, as quais podem ser desenvolvidas em grupos de saúde do homem nas unidades básicas de saúde e em locais estratégicos como empresas, áreas de lazer, clubes, bares , entre outros. É oportuno ofertar ao casal, já na primeira consulta, os testes rápidos de sífilis, hepatite B e C e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), junto com o aconselhamento (HERRMANN *et al.*, 2016).

O tratamento da gestante acometida pela sífilis é relativamente simples aos olhos da ciência. Seguindo-se protocolos já estabelecidos, a prevenção da transmissão vertical pode alcançar maiores taxas desde que o seu parceiro sexual também tenha se submetido ao tratamento, o que não é a realidade majoritária no contexto brasileiro (BRASIL, 2006, 2015, 2017b).

Tese de doutorado intitulada “Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social: história de vida de mães com sífilis” considerou como um grande impasse para a prevenção da sífilis a dificuldade de diagnóstico e tratamento do parceiro e/ou das parcerias sexuais das gestantes infectadas, identificando como uma das principais barreiras as questões de gênero, que incluem dificuldades para negociar o uso da camisinha e a recusa dos homens em realizar os exames diagnósticos laboratoriais (SILVA, 2003).

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 todos os parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis, disponibilizando testagem com aconselhamento, garantindo o diagnóstico, tratamento e seguimento desses homens (RIO DE JANEIRO, 2015).

No entanto, a realidade ainda está longe de ser atingida. A esse respeito, o Ministério da Saúde reforça em seus protocolos que, na prática assistencial, a captação dos parceiros para tratamento é complicada e, por isso, está muito aquém do esperado, o que favorece a reinfecção das gestantes tratadas previamente. Em 2016, no Brasil, apenas 15,2% das mulheres infectadas pela sífilis tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2017b).

Estudo realizado na província de Sichuan, na China, relacionou HIV, sífilis e hepatite C aos comportamentos de risco entre clientes masculinos que contratavam sexo comercial, associando a grande incidência de sífilis aos comportamentos sexuais e ao uso de substâncias ilícitas. De acordo com o estudo, os homens acreditam que realizar higiene íntima após relação sexual diminui a incidência de IST. Os autores sugeriram intervenções de prevenção com máxima urgência para esses homens, como, por exemplo, o uso de preservativos (YANG *et al.*, 2010).

No cotidiano, sabe-se que o uso do preservativo não é habitual em um relacionamento estável, independentemente do nível social e educacional das pessoas, e que, quando utilizado, é para evitar uma gravidez, não uma IST. Com isso, a prevenção da sífilis pode ser colocada em risco (BARBOSA *et al.*, 2019).

O Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2019 mostra que grupos específicos da população, como os idosos, podem ficar sem chance de realizar diagnóstico da sífilis, apesar do aumento de aproximadamente 44 casos na população acima de 50 anos entre 2011 e 2018 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019).

Culturas “machistas” podem enxergar como comum a traição por parte dos homens e não das mulheres, influenciando a forma como a população reconhece a transmissão, diagnóstico e tratamento de doenças transmitidas pelo sexo. Portanto, a percepção de cada indivíduo sobre a sífilis é completamente diferente, posto que a cultura é construída a partir do contexto e modo de vida, da influência do ambiente em que vive, dos mitos, crenças e práticas populares arraigados e que estão imbricados pelos fatores sociais e culturais (SILVA; SANTOS, 2004).

Diante do exposto, considera-se que compreender os fatores que envolvem a vida dos homens com sífilis exige o conhecimento do modelo biomédico com foco na doença, o cumprimento dos protocolos ministeriais, com ações pontuais direcionadas; mas que se faz igualmente importante conhecer a história de cada indivíduo, uma vez que, na condição de profissional de saúde, tem-se a responsabilidade de “fazer curar” uma doença tão antiga e tão atual como a sífilis.

2.3 MODELO BIOMÉDICO E ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Este modelo foi constituído na transição do século XVIII para o XIX (há cerca de 200 anos) como um conceito científico mecanicista apoiado na dicotomia cartesiana mente e corpo. Adotado após o relatório de Abraham Flexner sobre o ensino da medicina nos Estados Unidos, em 1910, o modelo biomédico é um respeitável trabalho de análise de 155 faculdades de medicina desse país (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Com base no estado da ciência daquela época, o caminho apontado estabeleceu que a medicina deveria ser rigorosamente científica e ter como foco o estudo da doença em sua forma concreta individualizada. Mediante esse conceito, as pessoas foram transformadas em conjuntos de órgãos que funcionam automaticamente, e os pacientes, em corpos em desarranjo. O ensino médico passou a ser feito em hospitais separados da comunidade e dos grupos familiares e sociais nos quais as doenças tinham origem; aos médicos competia corrigir os distúrbios da máquina física (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Com essa orientação, o modelo biomédico converteu os médicos em mecânicos do corpo e afastou a medicina do ser humano, concentrando-a na doença, e não na pessoa. Ainda assim, o modelo foi adotado oficialmente e passou a caracterizar a medicina alopática ocidental (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

A atenção restrita ao aspecto biológico tornou a medicina ensinada nas faculdades incapaz de, em pelo menos 70% dos casos clínicos, identificar a origem e o tratamento do distúrbio. Assim, chegou-se à medicina paliativa de hoje, na qual o médico que se restringe à determinada doença geralmente sabe, na teoria, como tratar a doença na qual se especializou, mas, na prática, não sabe como livrar o paciente dela. Nos livros de dermatologia, a maior parte das descrições das doenças diz explicitamente: “a causa é desconhecida”, “ainda não se sabe o que provoca este distúrbio” e “etiologia incerta” (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Vê-se, então, que a dermatologia foi afetada pelo mesmo conceito biomédico, que estabelece a molécula como a última fronteira para o raciocínio médico. Todos os problemas devem obrigatoriamente começar e terminar na molécula, sendo qualquer outra cogitação, que não possa ser molecularmente demonstrada, considerada absurda e herege.

Richard Gerber parte do pressuposto de que toda doença humana tem base física e molecular e sugere que o médico conheça suas causas moleculares específicas para tratar as doenças humanas (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

De acordo com esse conceito, tudo ocorre autonomicamente até que algum agente seja descoberto e possa ser identificado como causador de determinado distúrbio (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Aquilo que distingue e caracteriza o ser humano – pensamentos, sentimentos, emoções, espírito e consciência – foi eliminado pelo conceito materialista, organicista, reducionista e biologista da medicina oficial, que se baseia no relatório Flexner, o que leva a muitas situações sem resposta, como o fato de pessoas afetadas por um agente morfogênico desenvolverem doença enquanto outras, na mesma situação, se mantêm saudáveis. Casos assim, muitas vezes, são explicados como resultantes de falha no sistema imunológico, mas a causa dessa falha permanece indefinida. Pode-se, também, dizer que a doença provém de uma mutação genética, mas não se chega ao que deve ter interferido no gene para provocar a modificação.

De modo geral, o modelo biomédico fica centralizado nos sintomas, e a medicina dele advinda estuda o processo da doença sem conseguir chegar às suas origens. Entretanto, sempre se soube que, quando alguém se encontra em uma situação embaraçosa, a face enrubesce; quando sente raiva, a pele fica vermelha; quando leva um susto, empalidece; quando sente medo, sua frio; quando está aterrorizado, fica horripilado; quando sente uma emoção forte, arrepiam-se. Daí surgiram expressões comumente utilizadas como “corar de vergonha”, “ficar vermelho de raiva”, “ficar branco de susto”, “suar frio de medo”, “ficar de cabelo em pé de terror”, “ficar arrepiado de emoção” (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Portanto, sempre foi claro para qualquer pessoa que as emoções transparecem na pele. Não deveria ser necessária nenhuma outra evidência para comprovar que mente, emoções e pele estão em conexão constante. A postura dogmática do conceito biomédico é resumida pelo cirurgião cardiovascular Mehmet, no livro “A cura que vem do coração”, com a seguinte frase: “Se você mergulhar suficientemente fundo na compreensão da base fisiológica da medicina, em geral acabará chegando a um ponto em que você não poderá mais defendê-la cientificamente e terá de aceitá-la com base na fé” (AZAMBUJA *et al.*, 2015).

Enfim, o discurso da medicina, via de regra, apoia suas observações e formulações exclusivamente na perspectiva do modelo biomédico. Este modelo,

refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, o qual possibilitaria uma compreensão plena e adequada dos pacientes e das patologias. Contudo, a formação do médico está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico, situação que favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais tanto dele próprio quanto dos pacientes. Defende-se, aqui, que uma prática mais efetiva depende da compreensão dos fatores psicossociais (DE MARCO, 2006).

A complexidade do processo saúde-doença tem ensejado a proposição de uma diversidade de modelos explicativos. O modelo biomédico clássico denota uma compreensão dos fenômenos de saúde e doença com base nas ciências da vida, a partir da biologia. Nessa abordagem, a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como presença de perturbações na estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo.

Na era do progresso científico da bacteriologia, entendia-se que sempre existiria um mecanismo etiopatogênico subjacente às doenças, as quais eram definidas pela ação de agentes patogênicos. O agente etiológico, por sua vez, era sempre como o causador da doença. Ao longo do tempo, o modelo biomédico foi assimilado pelo senso comum, tendo como foco principal a doença infecciosa causada por um agente (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Enquanto no modelo biomédico (unicausal) o conceito de saúde prevalece na condição lógica exclusivamente em razão da ausência da doença (primordialmente a doença infecciosa), o modelo multicausal, sistematizado por Leavell e Clark em 1976, privilegia o conhecimento da história natural da doença. O conceito de saúde ganhou estruturação explicativa proporcionada pelo esquema da tríade ecológica (agente hospedeiro e meio ambiente) (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Mattos (2004, p. 1412) traz uma reflexão sobre “a integralidade na prática ou sobre a prática da integralidade” e levanta uma bandeira de luta, vislumbrando uma sociedade mais justa e solidária. Para o autor, uma boa prática médica deve transcender o olhar fragmentado sobre o sujeito do cuidado, embora afirme que “[é] claro que são ainda inúmeras as barreiras de acesso que privam os brasileiros das ações e serviços de saúde, de modo que ainda temos muito que caminhar no sentido da igualdade do acesso”.

Estudo de Santana *et al.* (2010) trata da “Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás” e fala do modelo das grades curriculares, nas quais o ensino na área de saúde é traduzido em disciplinas oferecidas de forma estanque, isoladas, com ações curativas como referenciais esmagadores.

Portanto, para manter a perspectiva da integralidade do cuidado, é necessário ao profissional de saúde levar em conta, além dos conhecimentos sobre o processo saúde e doença, a prática clínica, o conhecimento do outro, o saber popular daqueles com quem interage nos serviços de saúde.

2.4 COMPORTAMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE

A eficácia das intervenções é um desafio para todos aqueles que atuam na área da saúde, especialmente quando visam mudar comportamentos – um dos maiores objetos de preocupação desta área. A abordagem de intervenções está baseada em duas premissas: compreender para agir e planejar para intervir.

Quanto ao termo “comportamento”, pode ser definido, de forma geral, como uma ação observável. No caso de um comportamento relacionado à saúde, deve-se deixar claro que não são os motivos pessoais de adoção a ele subjacentes que o ligam à saúde, mas sim suas repercussões, ou seja, comportamento e saúde estão centrados nos problemas recorrentes da psicologia, que vem buscando soluções teóricas ou técnicas para problemas de saúde (KERBAUY, 2002). Por exemplo, ninguém fuma cigarro por razões de saúde. Entretanto, o tabagismo é um comportamento com consequências importantes sobre a saúde.

Os comportamentos relacionados à saúde são, antes de tudo, comportamentos sociais como tantos outros, tais como ser voluntário em uma coleta de fundos, votar nas eleições, comprar um computador, fazer coleta de lixo reciclável, ou promover trabalhos de educação em saúde como profissional de saúde no seu bairro.

Desta forma, pode-se adotar a seguinte definição: “um comportamento relacionado à saúde é uma ação feita por um indivíduo e que exerce uma influência positiva ou negativa sobre a saúde” (GODIN, 2019). Isso implica que, independentemente dos motivos pessoais que lhes sejam subjacentes ou implícitos, todas as ações de comportamento relacionadas à saúde: dirigir sob o efeito de álcool,

correr, escovar os dentes, usar preservativo nas relações sexuais de risco, fumar cigarros, entre outras, são de responsabilidade de cada um.

Estudo realizado no município de Pelotas/RS com 304 profissionais de saúde dos ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física aponta que são necessárias mudanças nos comportamentos relacionados à saúde, uma vez que se observa uma distância entre o conhecimento e o comportamento referidos por eles (PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014).

Godin (2019) propõe uma visão social e cultural dos comportamentos relacionados à saúde, até mesmo dos próprios cuidadores, no caso, os profissionais de saúde que são responsáveis pelo cuidado do outro. De modo claro, essa definição permite afirmar que, em princípio, não há comportamento de saúde, mas sim comportamentos sociais associados, por provas científicas, à saúde.

Um bom exemplo é o uso de cigarro. Não se pode negar que o uso do tabaco foi inicialmente um comportamento social ligado a valores culturais em vigor. Em diversos países, o tabaco se inscrevia em um ritual cultural. Todavia, os dados epidemiológicos acumulados revelaram que esse comportamento social era perigoso para a saúde, em razão da associação que demonstrou ter, entre outros, com o câncer de pulmão. Considera-se hoje, então, tratar-se de um comportamento relacionado à saúde.

Com tal definição, evita-se a armadilha de pensar que os comportamentos relacionados à saúde não são adotados senão por razões de saúde.

Diversos profissionais da área da saúde ainda cometem esse erro de acreditar que razões de saúde explicam a manutenção, a adoção ou o abandono de comportamentos relacionados à saúde. Nessa perspectiva, eles desenvolvem suas intervenções educativas seja brandindo o espectro do medo, seja limitando suas intervenções exclusivamente à apresentação dos benefícios para a saúde de se adotar o “bom” comportamento. A expressão a seguir é com frequência reflexo disso: “Se as pessoas soubessem quais são os malefícios de seus hábitos de vida, adotariam os bons comportamentos” (GODIN, 2019).

Para a adoção de “bons comportamentos”, no caso de indivíduos fumantes, será promovida a atividade física, ao se difundir o temor à doença coronariana, assim como será defendido o abandono do tabagismo, expondo a perspectiva de um câncer,

com o auxílio de contundentes imagens mórbidas de pulmões doentes. Ou ainda será encorajada uma alimentação saudável para evitar problemas associados à obesidade.

Essa direção na escolha do conteúdo das mensagens educativas denota a grande preponderância atribuída às crenças dos profissionais, em detrimento das motivações das pessoas afetadas pelas intervenções. Em suma, quando apenas a perspectiva sanitária é adotada, é como se o profissional da saúde concluísse que seus motivos para intervir (a saber, melhorar a saúde, prevenir a doença) são os mesmos que orientam a adoção de comportamentos pela população-alvo da intervenção.

Infelizmente, as coisas não se passam assim. Na maioria das vezes, são os motivos sociais, mais do que os relacionados à saúde, que ditam o comportamento das pessoas. Por exemplo, na chegada da primavera, as pessoas que têm um leve sobrepeso estarão mais motivadas a adotar uma atividade física ou uma alimentação menos rica em calorias, a fim de melhorar sua imagem, e não para evitar problemas de saúde.

Por conseguinte, reitera-se a posição inicial: compreender para agir e planejar para intervir. Assim, o desenvolvimento de uma intervenção educativa ou dirigida para um indivíduo visando à mudança planejada de um comportamento relacionado à saúde deveria apoiar-se na identificação prévia dos fatores explicativos do fenômeno de interesse, para uma população definida, num dado contexto. Essa compreensão permitirá escolher o método de intervenção mais apropriado. Ademais, quando uma intervenção de natureza educativa é julgada pertinente, seu conteúdo será mais bem adaptado às características da população selecionada.

Na mudança planejada dos comportamentos, o conhecimento dos fenômenos passa por teorias experimentadas que se tornam ferramentas a serviço da prática. Assim, em conexão com a definição de comportamento adotada no presente estudo, a seleção de uma ou mais teorias constituiu uma etapa importante no processo de identificação dos fatores psicossociais que orientam a adoção dos comportamentos e o desenvolvimento das intervenções.

Para facilitar essa tarefa, retomou-se a nomenclatura de Sutton *et al.* (2003), que dividiu as teorias em duas grandes categorias: predição e mudança. Para ambas, encontram-se na literatura teorias ditas gerais, provenientes da psicologia social, e outras específicas à área da saúde.

As teorias da predição propiciam, sobretudo, o entendimento dos fatores em jogo na gênese de um comportamento. Trata-se dos modelos de crenças relativas à saúde, **da Teoria do Comportamento Planejado (TCP) e da Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI)**. Há que se notar que a apresentação da TCP é precedida de explicações acerca da Teoria da Ação Racional, em virtude de seu papel precursor (GODIN, 2019).

No que concerne à TCP, baseia-se no pressuposto de que os indivíduos tomam suas decisões de forma eminentemente racional e utilizam sistematicamente as informações que estão disponíveis, considerando as implicações de suas ações antes de decidirem se devem ou não se comportar de determinada maneira (GODIN, 2019).

2.4.1 Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI)

Após ter sido ignorada por muitos anos, esta teoria ganhou destaque na predição dos comportamentos relacionados à saúde. Embora semelhante, em sua essência, à TCP e à abordagem da ação racional, a teoria proposta por Triandis (1977) comporta diferenças significativas (GODIN, 2019).

A diferença fundamental entre essas teorias reside na importância que a TCI atribui ao papel do hábito para explicar e prever o comportamento. Triandis não nega que a intenção seja determinante do comportamento. Entretanto, limita seu alcance, amparando-se no fato de que nem todos os comportamentos estão sob controle direto da vontade (GODIN, 2019).

Diversos comportamentos tornados mais ou menos mecânicos pela prática podem ser adotados sem por isso terem origem numa vontade consciente. A condução de automóvel é um deles. Por conseguinte, de acordo com Triandis, a frequência com a qual um comportamento realizou-se no passado (a força do hábito) constitui um considerável fator de predição, da mesma forma que a intenção (GODIN, 2019).

A TCI difere ainda da TCP e da Teoria da Ação Racional por defender que todo comportamento resulta de três fatores: a força do hábito de um dado comportamento, a intenção de adotar o comportamento e, enfim, a presença de condições que facilitem ou prejudiquem a sua adoção, esse último fator agindo como moderador da influência dos dois precedentes sobre o comportamento (GODIN, 2019).

A importância relativa da intenção comportamental e do hábito (cada um desses fatores é modulado pela presença de condições facilitadoras da ação) na adoção de um comportamento depende do grau de novidade do comportamento em questão. Assim, por ocasião das primeiras experiências com um novo comportamento, o determinante principal é a intenção de adotá-lo. No caso de esse mesmo comportamento ter sido repetido até o ponto de resultar numa automatização ou adoção mecânica, o hábito será tomado por base para prever a adoção ou não do comportamento, reduzindo a influência da intenção. O hábito de pôr o cinto de segurança e de escovar os dentes antes de se deitar são exemplos disso. As primeiras experiências estão sob forte controle da intenção, ao passo que o hábito do gesto substitui o papel da intenção após alguns anos (GODIN, 2019).

O hábito é não somente resultado de um aprendizado, mas também opera em função do nível de habilidade da pessoa em relação à dificuldade da tarefa a se realizar. Uma pessoa que possua boas aptidões físicas aprenderá mais facilmente as técnicas básicas do tênis do que alguém que disponha de poucas habilidades físicas. Em suma, o hábito é determinado pela habilidade de uma pessoa para adotar um comportamento. O componente hábito é basilar, pois a maioria dos comportamentos sociais do cotidiano são, em diversos níveis, controlados por hábitos (GODIN, 2019).

Além do hábito, as condições facilitadoras ou prejudiciais à adoção do comportamento representam um índice no qual se apoiar para prever se os comportamentos serão ou não adotados. Certas condições tornariam extremamente difícil, senão impossível, a adoção de um comportamento. Pode-se, entre outras, mencionar a impossibilidade de usar preservativo caso este não esteja à mão no momento oportuno. Tampouco será possível fazer esquí de fundo se não nevar (GODIN, 2019).

A teoria de Triandis também introduz algumas nuances na definição das variáveis, apresentando novos constructos; sendo quatro os determinantes principais da intenção: o componente cognitivo (C), o componente afetivo (A), o componente social (S) e a norma moral (NM) (GODIN, 2019).

Triandis atribui um papel primordial às atitudes como determinantes da intenção. Ele observa, contudo, duas dimensões nestas últimas: um componente instrumental dito cognitivo (C) e um componente afetivo (A), como para a abordagem de ação racional. O componente cognitivo (C) é resultado de uma análise pessoal e subjetiva das vantagens e desvantagens que adviriam da adoção do comportamento.

Assim como no caso da TCP, o balanço final subjetivo da análise dos benefícios e inconvenientes percebidos em relação à adoção de um comportamento específico, associado ao valor conferido a cada um desses benefícios ou inconvenientes, constitui o primeiro elemento a afetar a intenção de uma pessoa de agir em um sentido ou outro. Em resumo, essa variável corresponde à medida indireta da atitude como definida na Teoria da Ação Racional (GODIN, 2019).

A dimensão afetiva (A) ligada à adoção de um comportamento (comparável à atitude na TCP) representa a resposta emocional de uma pessoa ao pensamento de adotar um comportamento, isto é, o sentimento que lhe inspira a adoção desse comportamento (agradável ou desagradável, divertido ou chato). Esse componente deriva das experiências anteriores e requer a utilização da memória a longo prazo. Nesse sentido, é possível a alguém ter sentimentos agradáveis ou desagradáveis diante da ideia de tomar leite ou cerveja, de tomar um xarope para tosse, conforme as lembranças e as sensações que foram deixadas por tais experiências. Se o pensamento de adotar um comportamento dá origem a um pensamento positivo, daí se seguirá um estado psicológico que o organismo tentará maximizar tanto no plano da frequência quanto da intensidade. A intenção de repetir o comportamento será, então, reforçada (GODIN, 2019).

Os determinantes sociais (S) correspondem ao terceiro fator a exercer influência sobre as intenções da pessoa acerca de um comportamento. A escolha dos subcomponentes depende do comportamento investigado. Dois dos subcomponentes selecionados, e que foram os mais utilizados em diversos estudos anteriores, são as crenças normativas e a crença na existência de papéis sociais específicos. As **crenças normativas** são o resultado de uma análise pessoal e subjetivada opinião de pessoas ou grupos de pessoas importantes para o indivíduo, no que se refere ao comportamento estudado (GODIN, 2019).

Os **papéis sociais percebidos** dizem respeito à avaliação pessoal da pertinência de adotar um comportamento no interior de um grupo de referência. Com isso, pode-se crer que não seja indicado para uma pessoa de determinada idade ou sexo adotar certos comportamentos, havendo uma idade a partir da qual é socialmente aceito (e mesmo legal) tomar bebida alcoólica, ao passo que esse comportamento não é aceito em pessoas mais jovens. Na verdade, as crenças na existência de papéis sociais específicos remetem-se à percepção que tem um indivíduo da adequação de um dado comportamento em meio a pessoas que ocupam

uma posição social semelhante à sua. É aceitável que uma nutricionista se alimente mal ou que um profissional de educação física seja sedentário? Esses são exemplos de tal tipo de crença (GODIN, 2019).

Em geral, as normas diferem em função das sociedades, das situações e das consequências relacionadas a uma ruptura com as normas em vigor. Assim, em alguns países e mesmo em algumas religiões, é proibido consumir bebida alcoólica (ao menos em público), enquanto essa prática é perfeitamente tolerada em outras sociedades.

A NM é uma particularidade da teoria de Triandis. Ela consiste na avaliação pessoal da pertinência de um comportamento; mais precisamente, em até que ponto a adoção desse comportamento corresponde aos valores e princípios do indivíduo. Em outros termos, ela mede o sentimento de obrigação da pessoa diante da possibilidade de adotar ou não o comportamento em questão. Uma NM distingue-se de uma norma social no sentido de que a escolha final não dependerá da opinião dos outros. Assim, as pessoas podem ter crenças pessoais (princípios pessoais) quanto à obrigação moral de doar seus órgãos por ocasião de seu falecimento, de doar sangue, de usar preservativo nas relações com um novo parceiro ou uma nova parceira, de não fumar na presença de outras pessoas (GODIN, 2019).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica mista, também conhecida como *mix* método, que propõe a integração sistemática dos dados quantitativos e qualitativos em uma mesma investigação. Este método tem como premissa básica que a articulação entre os métodos qualitativo e quantitativo permita completar sinergia na utilização dos dados, diferentemente se estes forem analisados à parte, mesmo que discutidos em conjunto (VIEIRA *et al.*, 2019).

Na sua parte qualitativa, a abordagem é descritiva e interpretativa por buscar uma percepção do fenômeno e procurar explorar as experiências das pessoas envolvidas nele (GRAY, 2012).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário do estudo foi o Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro.

No tempo de sua fundação, em 1929, caberia aos proprietários construir e instalar ambulatórios para diagnóstico e profilaxia da sífilis, assim como de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (CARRARA, 1994). Atualmente, não há um ambulatório específico para este fim.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram critérios de inclusão para participação desta pesquisa homens maiores de 18 anos, com diagnóstico e/ou sinais e sintomas de sífilis encaminhados por profissionais do HUGG; provenientes da Tenda da Sífilis; oriundos do Serviço de Obstetrícia; do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); da 7ª e 10ª Enfermarias; dos Ambulatórios de Imunologia, Dermatologia e Pequenos Procedimentos e Pacientes Externos.

A Tenda da Sífilis é uma ação 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, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (DEMI/EEAP/UNIRIO). Cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC), envolve docentes e discentes da graduação e pós-graduação da UNIRIO, que realizam orientações quanto à prevenção e contágio da sífilis, oferecendo testagem diagnóstica, com o propósito de ensinar os usuários a evitarem o contágio e incentivá-los a buscar o diagnóstico e o tratamento precoces (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Os critérios de exclusão elencados foram os seguintes: menores de 18 anos; portadores de perturbação ou doença mental que apresentassem substancial diminuição de suas capacidades de consentimento e raciocínio.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram empregados dois instrumentos. Um deles foi o questionário da Tenda da Sífilis (CAVALCANTE *et al.*, 2019), dividido em duas partes.

A primeira parte registrou os dados quantitativos relativos ao perfil clínico e socioepidemiológico, à sexualidade, aos fatores de risco da população estudada, bem como o conhecimento dos homens sobre a transmissão da sífilis (APÊNDICE 2).

Um roteiro de entrevista (APÊNDICE 3) também foi aplicado com o objetivo de aprofundar o conteúdo da fala dos indivíduos em relação à temática, referente à concepção do usuário sobre a sífilis, como a doença incorreu em sua vida e às questões culturais concernentes à sua prática sexual.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Participaram do estudo 63 homens, o que será descrito mais amplamente nos capítulos 4 e 5, Resultados e Discussão, respectivamente. Após o término de cada entrevista, foi realizada a transcrição e leitura atenta acompanhada dos áudios para qualquer correção de algo mal compreendido. As entrevistas foram armazenadas para que, ao final da coleta de dados, pudesse ser iniciada a análise dos dados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para início do trabalho de campo, foi solicitada autorização para a pesquisa ao Diretor do HUGG, datada, carimbada e assinada (ANEXO 1), e confeccionado, assinado e datado o termo de compromisso do pesquisador com a instituição (ANEXO 2).

Após autorização da instituição, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIRIO, sendo aprovado em junho de 2019, sob o Parecer nº 3.419.192, nº CAAE 13666719.0.0000.5258 (ANEXO 3). Tão logo aprovado, seguiu-se à coleta de dados que ocorreu de agosto a dezembro de 2019, respeitando a Resolução nº466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), portanto os participantes da pesquisa não terão seus nomes divulgados, sendo identificados por código alfanumérico.

Nos dias de atividade clínica do Ambulatório de Dermatologia, 2^a, 3^a, 4^a e 6^a feiras, o autor desta pesquisa convocou os indivíduos selecionados para consulta médica e, após atendimento, estes foram convidados a participar da pesquisa. Agendou-se dia e hora da entrevista, durante a qual foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), garantindo-lhes sigilo e anonimato. Somente após a assinatura do TCLE foram iniciadas as entrevistas, que foram gravadas em aparelho digital, e realizadas em uma sala do Ambulatório de Dermatologia em total sigilo.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Considerando a importância da complementaridade das informações obtidas, os dados coletados sofreram análise quantitativa, a partir de programas estatísticos, para atender ao instrumento do perfil clínico-epidemiológico. A análise qualitativa baseou-se na análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011). Com isso, buscou-se integrar os dados quantitativos e qualitativos.

Na análise quantitativa, os dados foram organizados, categorizados e digitados em planilha eletrônica. Foram utilizados o *Microsoft Excel* 2010 e o banco de dados do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0, para formatação, armazenamento de informações e tratamento estatístico apropriado. A análise foi

realizada pela estatística descritiva e optou-se por apresentar os dados em forma de tabelas e quadros.

Foram selecionadas cinco entrevistas de homens com infecção ou reinfecção por sífilis para o tratamento das informações na análise qualitativa e construção dos dados a partir das respostas ao roteiro de entrevista (APÊNDICE 3). O referencial que sustentou a escolha sobre o comportamento e as práticas ancorou-se na Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI) quanto à dimensão afetiva e aos determinantes sociais (GODIN, 2019).

Com os dados produzidos pelas entrevistas, emergiu o texto bruto, consequente das falas; e elegeu-se o *modus operandi* da organização valendo-se da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011), a serem detalhados no capítulo 4.

Por meio dessa análise, foram realizadas descrições sistemáticas e profundas, que contribuíram para uma melhor compreensão dos significados, interpretação e construção das categorias temáticas.

A escolha do hospital universitário como cenário se deu pela convicção de que investir em pesquisa em uma instituição universitária confere visibilidade à temática, assim como sensibilização dos diversos profissionais de saúde para o engajamento no combate à sífilis, uma doença que, embora tenha cura reconhecida como tão falado, depende de total envolvimento social.

Na perspectiva de melhor acurácia na descrição dos fenômenos, este estudo foi desenvolvido sob a ótica da abordagem da integração sistemática dos dados quantitativos e qualitativos numa mesma investigação. O fato de exercer a atividade de Professor Adjunto de um hospital universitário e ser responsável pela disciplina de Dermatologia possibilitou, por diversas vezes, o acesso aos homens com diagnóstico de sífilis, favorecendo a confiança, oportunizando o contato frequente e a criação do vínculo médico-paciente, viabilizando, desta forma, o seguimento da sífilis conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

4. PARA ALÉM DAS ROSÉOLAS SIFILÍTICAS

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Variáveis sociais, econômicas, comportamento sexual, conhecimento sobre sífilis e contágio por outras IST/HIV

Com relação à faixa etária, cor da pele e escolaridade dos 63 homens participantes desta investigação, a maioria era de adultos jovens (68,3%), com média de idade entre 20 e 29 anos, e 66,7% dos indivíduos se declararam brancos. Quanto ao grau de escolaridade, 36,5% possuíam em média 12 anos de estudo, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 – Faixa Etária, Etnia e Grau de Escolaridade

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Faixa Etária (em anos)		
Adulto Jovem (>18 e <45)	43	68,3
Adulto (>45 e <60)	18	28,6
Idoso (> 60 anos)	02	3,2
Cor Autodeclarada		
Branco	42	66,7
Amarelo	0	0,0
Indígena	0	0,0
Preto	10	15,9
Pardo	09	14,3
Não declarado	02	3,2
Grau de Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	0	0,0
Ensino Fundamental Completo	3	4,8
Ensino Médio Incompleto	25	39,7
Ensino Médio Completo	9	14,3
Ensino Superior Incompleto	12	19,0
Ensino Superior Completo	14	22,2
Total	63	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Na Tabela 2 são apresentados os dados referentes ao estado civil, sendo 76,2% participantes solteiros. Dentre os entrevistados, 60,3% informaram ter religião e 49,2% dispunham de renda individual de um a três salários-mínimos (49,2%). No tocante à utilização de serviços de saúde, destaca-se que 36,5% dos participantes tinham plano de saúde no momento da entrevista.

Tabela 2 – Estado Civil, Religião, Renda Individual e Plano de Saúde

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Estado Civil		
Solteiro	48	76,2
Casado	07	11,1
União Estável	02	3,2
Viúvo	01	1,6
Divorciado	04	6,3
Separado	01	1,6
Religião		
Católico	17	27
Evangélico	12	19
Umbandista	01	1,6
Candomblecista	05	7,9
Espírita	03	4,8
Agnóstico	12	19
Ateu	13	20,6
Renda Individual		
Sem renda	10	15,9
Menor que 1 SM	4	6,3
Entre 1 e 3 SM	31	49,2
Entre 3 e 6 SM	15	23,8
Entre 6 e 10 SM	2	3,2
Maior que 10 SM	1	1,6
Plano de Saúde		
Sim	23	36,5
Não	40	63,5
Total	63	100

Nota: SM – Salário-mínimo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 3 – Uso de Álcool e Drogas Ilícitas

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Uso de Álcool		
Sim	40	63,5
Não	23	36,5
Uso de Drogas Ilícitas		
Sim	28	44,4
Não	35	55,6
Total	63	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

De acordo com a Tabela 3, 63,5% eram etilistas, enquanto 44,4% eram adictos de drogas ilícitas.

Na Tabela 4, são exibidos os dados de 88,9% dos homens que estavam mantendo relação sexual nos últimos seis meses. A orientação sexual foi formada majoritariamente por homossexuais (54%), e se somados aos bissexuais (30,2%), totalizam 84,2% de homens fazem sexo com homens (HSH).

Tabela 4 – Comportamento Sexual

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Orientação Sexual		
Heterossexual	10	15,9
Homossexual	34	54,0
Bissexual	19	30,2
Atividade Sexual		
Sim	56	88,9
Não	7	11,1
Formas de proteção adotadas		
Preservativo	53	84,1
Masturbação	1	1,6
Preservativo e coito interrompido	3	4,8
Preservativo, coito interrompido e masturbação	1	1,6
Uso do Preservativo		
Uso frequente	18	28,6
Uso esporádico	42	66,7
Não uso	3	4,8
Uso do Preservativo durante o Sexo Oral		
Sim	6	9,5
Não	57	90,5
Número de Parcerias Sexuais		
Nenhuma parceria	7	11,1
Única parceria	15	23,8
Múltiplas parcerias	39	61,9
Total	63	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A forma de proteção mais utilizada para não contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST) é o preservativo (84,1%), porém 66,7% relataram usá-lo esporadicamente e 90% dos participantes não usavam a camisinha durante o sexo oral (90,5%). Os resultados indicam que a multiplicidade de parceiros foi um comportamento adotado pela maioria dos participantes (61,9%). Tais vulnerabilidades individuais como fatores de risco às IST, com impacto social, são resultados que merecem discussão.

Dos 46% de homens que contraíram outras IST além da sífilis ao longo da vida, as maiores ocorrências foram de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (48,24%), gonorreia (20,69%), herpes (10,34%) e papilomavírus humano (HPV) (6,90%). Quanto ao processo do conhecimento sobre a sífilis e as outras IST, a maior frequência foi a busca por meio de empresas de comunicação (42,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 – História Prévia de Infecções Sexualmente Transmissíveis

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
História com outras IST		
Teve outra IST sem ser sífilis	29	46
Nunca teve outra IST sem ser sífilis	34	54
Outras IST		
HIV	14	48,28
Herpes	3	10,34
HPV	2	6,9
Uretrite	2	6,9
Clamídia	1	3,45
Gonorreia	6	20,69
Linfogranuloma	1	3,45
Pediculose Anal	1	3,45
Cancroide	1	3,45
Meios de Informação		
Livros	2	3,2
Internet	27	42,9
Bancos escolares	1	1,6
Internet, livros e bancos escolares	20	31,7
Outros meios	3	4,8
Total	63	100

Nota: IST – Infecção sexualmente transmissível; HPV – Papilomavírus humano.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Na Tabela 6, encontram-se descritas as respostas referentes à realização do exame laboratorial e tratamento de suas parcerias. Esses foram dois itens fundamentais identificados na cadeia de transmissão. Entre os homens participantes, a parceria não realizou exame (66,7%) e a parceria não realizou tratamento (71,4%), e cerca de 10% da amostra já havia se infectado previamente pelo *Treponema pallidum*.

Com relação ao conhecimento da doença, 84,1% dos homens afirmaram conhecer a sífilis, no entanto 65,1% desconheciam o cancro duro. Na população estudada, verificou-se que 95,2% acreditavam que a sífilis necessita de tratamento e 52,4% consideravam que a sífilis poderia deixar o homem impotente sexualmente.

Tabela 6 – História, Conhecimento, Formas de Transmissão de Sífilis e Prevenção às IST

Categoria	Frequência Absoluta		Percentual (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
História de sífilis				
Já tinha testado para sífilis	59	4	93,7	6,3
Já tinha tratado para sífilis	35	28	55,6	44,4
Parceria realizou exame para sífilis	20	42	31,7	66,7
Parceria realizou tratamento para sífilis	17	45	27,0	71,4
Conhecimento da sífilis				
Sabia o que era sífilis	53	10	84,1	15,9
Sabia o que era o cancro duro	22	41	34,9	65,1
Pensavam que a sífilis se curava sozinha	03	60	4,8	95,2
Pensavam que a sífilis deixava o homem impotente	33	20	52,4	31,7
Conhecimento quanto às formas de transmissão da sífilis				
Contato com feridas sífilíticas	20	43	31,7	68,3
Sexo anal	61	02	96,8	3,2
Sexo vaginal	62	01	98,4	1,6
Sexo oral	43	20	68,3	31,7
Da mãe para o filho pela placenta	52	11	82,5	17,5
Da mãe para o filho por hereditariedade	22	41	34,9	65,1
Transfusão de sangue	56	07	88,9	11,1
Beijo	18	45	28,6	71,4
Aperto de mão	01	62	1,6	98,4
Leite materno	38	25	60,3	39,7
Compartilhamento de agulha para drogas	60	03	95,2	4,8
Prevenção às IST				
Só ter relações sexuais com pessoas aparentemente saudáveis é o suficiente para se prevenir	05	58	7,9	92,1
Só usar o preservativo durante as relações sexuais é o suficiente para se prevenir	36	25	57,1	39,7

Nota: Tabela construída a partir das respostas obtidas acerca do conhecimento sobre as formas de transmissão da sífilis, por meio do questionário do Projeto de Extensão Tenda da Sífilis (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A partir das respostas obtidas na aplicação do instrumento (APÊNDICE 2), quanto ao nível de conhecimento sobre a transmissão da sífilis adquirida, os participantes tiveram um acerto geral de 76%. Contudo, a transmissão por leite materno e pelo sexo oral obtiveram os menores percentuais de acerto, respectivamente 60,3% e 68,3%.

O item que tratava da transmissão pelo contato com as feridas sífilíticas foi respondido incorretamente pela maioria da amostra: 68,3% desconheciam a transmissão pelo contato com essas feridas e 65,1% não sabiam o que era o cancro duro.

Nesta casuística, 95% responderam que a sífilis não se curava sozinha, todavia mais de 50% acreditavam que a sífilis poderia deixar o homem impotente sexualmente. Portanto, tinham no imaginário que a sífilis poderia causar impotência sexual nos homens.

No aspecto de prevenção das IST, dos 63 entrevistados, 57% relataram a camisinha como proteção suficiente. Para 7,9% dos homens, ter relação sexual somente com pessoas aparentemente saudáveis é uma forma de prevenção das IST.

A testagem para a sífilis em algum momento da vida foi frequente em 94% da amostra. O teste mais realizado foi o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) (96,6%), em seguida o teste rápido (TR) (91,5%), e o menos frequente (20,3%) foi o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-Abs).

Apesar de os participantes do estudo não compreenderem a testagem como forma de prevenção à sífilis, quase todos os participantes já tinham testado para esta doença.

Comportamentos de risco como a multiplicidade de parceiros, o uso esporádico ou o não uso de preservativo durante o sexo e sexo oral mostraram-se frequentes nesta amostra.

Na população estudada, houve um alto índice de testagem para IST. Isso se dá por causa do perfil do serviço, cenário deste estudo, e pela população-alvo do estudo.

Uma parcela considerável dos participantes teve sífilis mais de uma vez e outras IST, sendo a mais frequente o HIV.

4.1.2 Para Além das Roséolas Sifilíticas: Achados Clínicos

A Tabela 7 apresenta a procedência dos participantes encaminhados pelos profissionais de saúde tanto do hospital universitário: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Ambulatórios de Dermatologia, de Imunologia e de Obstetrícia, quanto dos serviços externos vinculados ao município do Rio de Janeiro.

Tabela 7 – Procedência dos Casos de Sífilis Adquirida Acompanhados no Ambulatório de Dermatologia

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
CTA do HUGG	21	33,3
Ambulatório de Imunologia do HUGG	20	31,7
CTA do Hospital Municipal Rocha Maia	11	17,4
Ambulatório de Dermatologia do HUGG	07	11,1
Serviço de Obstetrícia do HUGG	02	3,17
Centro Municipal de Saúde da Gávea	02	3,17
Total	63	100

Nota: CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento; HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dos 63 homens, 13 foram referendados de duas outras instituições públicas do município do Rio de Janeiro, ambas referência para Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Mais da metade da amostra deste estudo, 32 casos (50,8%), foi encaminhada pelo CTA/HUGG e CTA/Hospital Municipal Rocha Maia.

No Quadro 1, encontram-se as características gerais da história clínica, lesões e resultado do VDRL dos 63 homens que participaram deste estudo.

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (continua)

Identificação	Lesões	VDRL
Caso 1 (A.O.R.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/32
Relata que apresentou lesão papulosa eritematosa, superfície erosada, localizada no pênis e com desaparecimento espontâneo após três semanas. Sem lesão no momento da consulta.		
Caso 2 (W.A.S.O.L)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/8
Informa que nunca apresentou lesão no pênis, região anal ou mucosa.		
Caso 3 (C.G.N.S.)	Sem lesão no momento da consulta. Teve Balanite de Follmann.	Reagente 1/32
Surgimento de irritação na glândula há seis meses. Procurou urologista que prescreveu creme de antibiótico com melhora da lesão (Balanite de Follmann).		
Caso 4 (M.A.G.)	Sifilide pápulo-erosiva.	Reagente 1/512
Lesões papulo-erosivas na região perianal.		
Caso 5 (A.W.S.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/4
Ferida no ânus há 4 anos; tratou com antibiótico creme.		
Caso 6 (M.F.S.)	Sem lesão cutânea. Paciente chegou ao serviço já com quadro grave de sífilis/neurosífilis, sobretudo na parte da tarde.	Reagente 1/32

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (continuação)

Identificação	Lesões	VDRL
História de perda parcial da cognição, de início súbito. Internou-se no Hospital Miguel Couto com diagnóstico inicial de AVC, porém refutado posteriormente.		
Caso 7 (A.I.N.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/4
História de corrimento uretral amarelo-esverdeado no início de 2019, sendo tratado com antibiótico em clínica particular de São Gonçalo.		
Caso 8 (R.L.M.G.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/128
História de sífilis tratada no início de 2019, porém no seguimento o VDRL elevou-se para 1:128. Encaminhado ao HUGG com indicação de punção líquórica.		
Caso 9 (A.C.F.)	Cancro duro de 2 cm de diâmetro acometendo ângulo da boca (canto direito) + lesões máculo-papulosas no dorso.	Reagente 1/128
Informa apenas sexo oral sem proteção. Relata que há dois meses notou "ferida" no canto da boca. Procurou médico que diagnosticou como herpes simples, sendo medicado com Aciclovir VO (vulnerabilidade programática: os profissionais que fizeram o acolhimento deram um diagnóstico errôneo); não obteve melhora do ferimento e tendo surgido também manchas eritemato-acastanhadas no tronco. Procurou Posto Médico da Unimed®, que diagnosticou como uma "alergia" cutânea ao Aciclovir, sendo medicado com anti-histamínico e creme de corticoide, porém sem melhora. Foi encaminhado ao HUGG por colega dermatologista que solicitou VDRL e cujo resultado foi reagente na titulação de 1:256. Solicitada biópsia e tratamento.		
Caso 10 (J.A.S.N.)	Sem lesão no momento da consulta	Reagente 1/8
Faz tratamento no Serviço de Imunologia para HIV desde 1995. Em 2005, apresentou roséolas sífilíticas no MMSS e MMII e com VDRL de 1/128. Tratou adequadamente.		
Caso 11 (C.H.S.S.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/128
Foi fazer teste rápido para HIV e descobriu a sífilis. Relata que nunca teve lesões cutâneas ou genital		
Caso 12 (C.M.N.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/64
Manchas na pele.		
Caso 13 (L.A.R.)	Sifíides roseoliformes.	Reagente 1/32
Descobriu HIV em 2018:VDRL 1:128. Fez tratamento e VDRL desceu para 1:64, 1:32, 1:16, porém em 14/10/2019 o VDRL subiu para 1:32 (reinfecção).		
Caso 14 (L.R.)	Sifíides máculo-papulosa.	Reagente 1/128
Consulta devido a manchas na pele.		
Caso 15 (E.N.S.C.)	Sifíides máculo-papulosa.	Reagente 1/32
Manchas na pele e estado febril em 13/07/2019 atribuído por ele à picada de mosquitos. Foi atendido na emergência do Hospital Copa D'OR®, com suspeita de rubéola e tendo feito exames para tal. Foi para Clínica São Vicente onde foi internado e medicado com paracetamol. Relata que após uma semana de internação, surgiu uma doutora "bem novinha" que recomendou a realização de VDRL, sendo então diagnosticada sua doença; o VDRL foi reagente 1:32. Resolveu procurar o HUGG por saber que era um hospital referência para IST.		
Caso 16 (R.S.M.R.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/4
Informa que faz exame de rotina anualmente no CTA por causa do HIV. Relata que nunca teve lesões na pele, mucosas ou na região anal.		
Caso 17 (E.T.A.)	Lesão rosada de 1,5 cm de diâmetro, fundo limpo e localizada no lábio e poucas lesões de aspecto puntiformes nas regiões palmares; no ápice da língua lesões de aspecto esbranquiçado - placas mucosas.	Reagente 1/64
Relata sexo oral sem proteção.		

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (continuação)

Identificação	Lesões	VDRL
Caso 18 (L.F.M.)	Lesão de aspecto anular localizada na região posterior do antebraço esquerdo – (sífilide anular).	Reagente 1/512
Faz tratamento para HIV e notou surgimento de mancha no braço tem biópsia.		
Caso 19 (S.R.P.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/256
Relata que foi informado pelo parceiro sexual que estava "positivo" para sífilis; procurou então o HUGG para realização dos exames que se revelaram reagentes tanto para sífilis como para o HIV – história de alergia à penicilina.		
Caso 20 (M.A.G.M)	Sífilide anular na glândula.	Reagente 1/32
Relata que em julho de 2019 fez tratamento irregular para sífilis e por isso resolveu verificar sua saúde.		
Caso 21 (A.S.A.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/32
Informa que em junho de 2019 apresentou máculas eritematosas no tronco e VDRL reagente de 1:4. Foi encaminhado à Clínica da Família para tratamento, porém foi informado que a titulação era muito baixa, não necessitando de tratamento. Resolveu procurar o HUGG para esclarecer suas dúvidas.		
Caso 22 (G.S.C.)	Roséolas sífilíticas no tronco.	Reagente 1/8
Relata que faz exame anualmente para verificar o HIV, porém ficou surpreso com o achado da sífilis. Informa que nunca teve lesões na pele, mucosas ou região anal.		
Caso 23 (B.S.M.)	Placas mucosas no palato e ápice da língua + área despapilada no dorso da língua (Sinal de Cornill) + sífilide pápula erosiva na região inguinal esquerda. Rarefação da cauda da sobrancelha (Sinal de Fournier).	Reagente 1/8
Compareceu à Dermatologia para tratamento de "aftas" na boca.		
Caso 24 (B.S.O.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/64
Trata para HIV e relata que parceiro apresentou VDRL de 1:128. Seu VDRL foi de 1:64.		
Caso 25 (H.R.O.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/64
Faz exame anualmente para verificação de HIV.		
Caso 26 (W.A.P.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/2
Faz exame anualmente para verificação de HIV.		
Caso 27 (M.P.S.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/256
Relata que veio acompanhando a sua namorada para fazer teste rápido e aproveitou também para fazer.		
Caso 28 (P.H.M.R.)	Roséolas no tronco e regiões palmo-plantares.	Reagente 1/2048
Tratou em clínica particular como quadro alérgico e não obteve melhora.		
Caso 29 (P.H.M.R.)	Sem lesão no momento da consulta.	Reagente 1/16
Paciente transgênero e apresentando quadro dermatológico de escabiose. Fez teste rápido e revelou-se reagente para sífilis.		
Caso 30 (W.R.L.R.)	Sífilides papulosas nas axilas e corpo de pênis.	Reagente 1/256
Teve sífilis roseoliforme em 2018 e tratada no Posto de Irajá. Em agosto de 2019, novo quadro de roséolas; compareceu ao HUGG onde fez teste rápido que se revelou reagente para sífilis.		
Caso 31 (R.M.A.)	Máculas roseoliformes no tronco, MMSS e coxas.	Reagente 1/256
Há três semanas notou manchas vermelhas no corpo, quando então resolveu fazer teste rápido.		

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (continuação)

Identificação	Lesões	VDRL
Caso 32 (M.N.A.)	Roséolas e pápulas eritematosas com colarete de Bielt localizadas nas regiões palmares. Mialgia e cefaleia diária. Leve "Alopecia em Clareira" (<i>moth-eaten</i>) nas regiões frontoparietais.	Reagente 1/128
Há dois meses surgiram manchas vermelhas nas regiões plantares; há uma semana também lesão no pênis e por isso procurou o hospital.		
Caso 33 (A.C.S.)	Roséolas nas regiões palmares.	Reagente 1/128
Desde 2016, trata de HIV no Posto de Saúde da Gávea. Em julho de 2019 apresentou manchas nas regiões palmares e fez VDRL com resultado reagente.		
Caso 34 (E.A.C.)	Lesão exulcerada, fundo limpo, bordas levemente infiltradas, indolor e localizada no sulco bálano prepucial.	Reagente 1/128
É acompanhado na Imunologia para HIV e há uma semana surgiu lesão no pênis.		
Caso 35 (F.M.M.L.)	Roséolas no tronco e MMSS.	Reagente 1/32
Há duas semanas notou manchas na pele, porém antecedendo a este evento apresentou uma "irritação" no pênis como se fosse um "machucado ralado" – Balanite de Follmann.		
Caso 36 (L.S.N.)	Roséolas na face, tronco, MMSS e MMII.	Reagente 1/128
Portador de Hepatite C, faz exames regularmente para controle.		
Caso 37 (W.R.M.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/64
Faz exames de rotina (CTA) juntamente com o parceiro.		
Caso 38 (S.P.S.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/16
É parceiro de paciente internada na Obstetrícia, onde deu à luz à RN reagente para sífilis. Mãe: reagente 1:8; Pai reagente 1:16.		
Caso 39 (S.L.C.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/128
Parceiro é HIV reagente, sendo que seu teste rápido realizado no CTA/HUGG também acusou reagente para sífilis e por isso veio fazer o teste rápido.		
Caso 40 (M.S.O.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/2
Em tratamento para HIV no HUGG. Relata "machucado" no pênis há 30 dias e cicatrizou espontaneamente (cancro duro?).		
Caso 41 (M.M.S.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/128
Proveniente do CTA/HUGG, portador de HIV e sífilis. Histórico: VDRL Não Reator (NR) (3/5/2017); VDRL 1/1 (8/12/2017); VDRL 1/64 (21/4/2018). Teve roséolas sífilíticas. VDRL 1:128 (30/7/2018), VDRL 1/1024 (soro) e VDRL 1/1 (Líquido Cefalorraquidiano – LCR), considerar reagente para neurosífilis. Internado para tratamento com penicilina cristalina por 14 dias. Em 12/01/2019, apresentou Alopecia + Fissura Anal > (Reinfecção). Em 17/08/2019, internação para punção lombar entre L3 e L4 (20 ml) com confirmação de neurosífilis. Em 25/9/2019, VDRL 1/128. Segue em acompanhamento na Imunologia.		
Caso 42 (C.L.C.)	Pápulas eritematosas e com superfícies erodadas localizadas no tronco e MMSS.	Reagente 1/16
Encaminhado da Imunologia onde é tratado desde 2014 para HIV. Relata episódio de sífilis tratada com penicilina benzatina no HUGG em 2017. Realizou também punção líquórica para pesquisa de neurosífilis e com resultado não reagente.		
Caso 43 (G.S.S.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/128
Trata de HIV no HUGG e queixando-se de diminuição da acuidade visual. VDRL foi de 1:128.		
Caso 44 (L.A.V.C.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/64
Parceiro de gestante internada na Obstetrícia em abril/2017 e apresentando VDRL reagente de 1:32. Deu à luz a RN com sífilis e tratada sem sequelas.		

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (continuação)

Identificação	Lesões	VDRL
Caso 45 (M.F.O.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/4
Informa ser doador de sangue e a sífilis foi descoberta no HemoRio, porém veio ao HUGG porque queria mais esclarecimento sobre esta doença.		
Caso 46 (R.O.)	Presença de bubão unilateral drenando secreção por orifício único central (cancroide).	Reagente 1/4
Em 2019, apresentou roséolas sifilíticas; procurou Posto de Saúde do Caju que não confirmou sua doença. Foi então ao CTA/Rocha Maia que revelou um VDRL reagente de 1:4. Foi orientado para que retornasse ao Posto do Caju, onde finalmente foi tratado com penicilina benzatina. Veio ao HUGG com relato de que concomitantemente ao surgimento das manchas cutâneas, surgiu "íngua" inflamatória e dolorosa que drenou secreção purulenta por orifício único central. Sífilis + cancroide.		
Caso 47 (C.P.F.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1:32
Em 2018, fez VDRL para sífilis no Posto de Saúde de Guaratiba com resultado reagente 1:128. Não se tratou porque o posto fechou suas portas. Soube, então, pela TV que o HUGG realizava o tratamento para sífilis e veio ao hospital.		
Caso 48 (R.P.)	Extenso comprometimento com máculas e pápulas, algumas com colarete de Bielt e acometendo a face, tronco, MMSS e MMII, inclusive as regiões plantares. Rarefação do terço externo das sobancelhas (Sinal de Fournier).	Reagente 1/32
Consulta devido ao surgimento de manchas eritematosas pelo corpo. Informa ter participado de um cruzeiro marítimo e as manchas surgiram após essa viagem.		
Caso 49 (S.C.G.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/32
Informa relações sexuais sem preservativo e com múltiplas parceiras.		
Caso 50 (P.R.P.S.)	Lesões máculo-papulosas no tronco.	Reagente 1/256
Informa ter mantido várias relações sexuais sem preservativos, sobretudo sexo oral.		
Caso 51 (D.A.M.S.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/8
Veio ao CTA para testar o HIV e descobriu a sífilis.		
Caso 52 (G.P.J.)	Roséolas sifilíticas no tronco, regiões palmo-plantares; presença de colarete de Bielt em algumas lesões.	Reagente 1/32
Informa que em outubro apresentou manchas eritematosas no tronco, regiões palmo-plantares + febre + dores articulares. Procurou UPA de Botafogo que atribuiu o quadro à dengue. Veio ao HUGG onde fez VDRL e cujo resultado foi reagente 1:32.		
Caso 53 (F.S.S.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/128
Há um mês surgiram sangramento e prurido anal.		
Caso 54 (W.L.A.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/32
Veio ao CTA para verificação do HIV e descobriu a sífilis.		
Caso 55 (F.M.P.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/256
Em 2013, VDRL reagente + HIV; tratou na Aeronáutica; em 2017, VDRL reagente (reinfecção); em 2019, VDRL reagente 1:256. Em setembro de 2019, surgiu fissura anal e depois máculas eritematosas no tronco.		
Caso 56 (A.L.S.O.)	Linfonodomegalia inguinal direita, não doloroso e aflegmático. Linfonodo "Prefeito" ou "Chefe de Polícia de Ricord" ou "Plêiade de Ricord Unilateral Atípica".	Reagente 1/4
Há duas semanas apresentou "ferida no pênis" (cancro duro) que está cicatrizando e também linfonodo aumentado de volume à direita. Não apresentou manchas na pele.		
Caso 57 (A.L.S.O.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/2
Informa que há dois meses teve ferimento no pênis após relação sexual (cancro duro?).		

Quadro 1 – História Clínica, Lesões e VDRL dos Casos Acompanhados no HUGG (conclusão)

Identificação	Lesões	VDRL
Caso 58 (A.O.C.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/512
Há um mês apresentou sífilides palmo-plantares que regrediram sem tratamento.		
Caso 59 (V.F.)	Sem lesões (mascaramento pelo uso da Azitromicina Via Oral [VO]).	Reagente 1/64
Após contato sexual vaginal desprotegido, apresentou ferimento no corpo do pênis (cancro duro). Procurou urologista que solicitou exames sorológicos para HIV/Sífilis e Hepatites, sendo os resultados não reagentes. Procurou então uma dermatologista que lhe prescreveu Azitromicina VO, porém não ficou curado. Um terceiro profissional dermatologista solicitou novamente o VDRL e o resultado foi reagente 1:64, sendo encaminhado ao HUGG.		
Caso 60 (E.G.M.)	Sifílides de aspecto liquenoide no tronco.	Reagente 1/32
Em tratamento para HIV no HUGG. Há um mês surgiram manchas eritematosas na pele.		
Caso 61 (A.A.S.)	Sifílides papulosa na glândula e corpo do pênis. Alopecia “em clareira” (<i>moth-eaten</i>).	Reagente 1/64
Há trinta dias surgiram pápulas eritematosas, pruriginosas no pênis (glândula).		
Caso 62 (A.L.C.)	Sem lesões no momento da consulta.	Reagente 1/32
Em julho/2019 foi à Fiocruz para tratamento de picada de aranha <i>Loxosceles</i> (aranha-marrom); nesta ocasião, também lhe foi solicitado VDRL, revelando-se reagente 1:64. Veio ao HUGG para tratamento da sífilis.		
Caso 63 (G.D.C)	Inúmeras máculas hipercrômicas ardosadas e localizadas na face, tronco, MMSS e MMII. Área despapilada eritematosa na mucosa interna do lábio (sinal de Cornill). Sem sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos.	Reagente 1:2048
Em abril/2019, surgiram manchas eritematosas pelo corpo e acompanhadas de prurido; foi diagnosticado com sífilis e tratado com três doses de penicilina benzatina. Seu VDRL era de 1:64. Melhorou das lesões, porém o VDRL controle revelou titulação aumentada de 1:2048. Veio ao HUGG com indicação de punção lombar para pesquisar neurosífilis.		

Nota: AVC – Acidente Vascular Cerebral; CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento; Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz; HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana; HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle; MMII – Membros Inferiores; MMSS – Membros Superiores; RN – Recém-nascido; VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nas histórias clínicas relatadas pelos 63 participantes desta investigação, ressaltaram-se as vulnerabilidades sociais e programáticas. Do total de homens examinados (63), 58,7% não apresentavam lesão sífilítica no momento da consulta. Destes, 14 não possuíam história de lesões na pele e/ou mucosas relacionadas à sífilis (22,2%). Esse grupo foi surpreendido com o diagnóstico da doença, que estava “oculta”, por não apresentarem nenhuma manifestação tegumentar que levasse à suspeita da infecção treponêmica como mostra a Tabela 7.

Tabela 8 – Lesões Relacionadas à Sífilis Identificadas durante a Consulta

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Sem história e sem lesão	14	22,2
História prévia de lesão e sem lesão no momento da consulta	23	36,5
Com lesão no momento da consulta	26	41,2
Total	63	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A Tabela 8 especifica as lesões relacionadas à sífilis, heterogêneas em 26 homens (41,2%). Foram observadas lesões compatíveis com formas clínicas habituais, e outras pouco comuns.

Tabela 9 – Características das Lesões

Categoria	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Roséola sífilítica ou sífilide roseoliforme	15	23,8%
Sífilides papulosas	13	20,6%
Total	28	44,4%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A apresentação clínica mais frequente, 15 (23,8%), foi a roséola sífilítica ou sífilide roseoliforme. Com relação às lesões com características de sífilides papulosas, foram 13 casos (20,6%) (Quadro 2).

Quadro 2 – Tipos de Lesão Sifíldes Papulosas

Caso	Tipo de Lesão – Sifíldes papulosas
09	Cancro duro de 2 cm de diâmetro acometendo ângulo da boca (canto direito) + lesões máculo-papulosa no dorso.
15	Lesões máculo-papulosas no tronco.
17	Lesão erosada de 1,5 cm de diâmetro, fundo limpo e localizada no lábio e poucas lesões de aspecto puntiformes nas regiões palmares; no ápice da língua, lesões de aspecto esbranquiçado – placas mucosas.
18	Lesão de aspecto anular localizada na região posterior do antebraço.
20	Lesão de aspecto anular localizada na glande (sifílde anular).
23	Placas mucosas no palato e ápice da língua + área despapilada no dorso da língua (sinal de Cornill) + sifílde pápulo-erosiva na região inguinal esquerda. Rarefação da cauda da sobrelha (sinal de Fournier ou sinal do ônibus).
30	Sifíldes papulosa nas axilas e corpo de pênis.
32	Roséolas e pápulas eritematosas com colarete de Bielt localizadas nas regiões palmares. Mialgia e cefaleia diariamente. Leve “Alopecia em Clareira” (<i>moth-eaten</i>) nas regiões frontoparietais.
3 e 35	Balanite de Follmann.
42	Pápulas eritematosas e com superfícies erosadas localizadas no tronco e membros superiores.
48	Extenso comprometimento com máculas e pápulas, algumas com colarete de Bielt e acometendo a face, tronco, membros superiores e inferiores, inclusive as regiões plantares. Rarefação do terço externo das sobrelhas (sinal de Fournier ou sinal do ônibus).
60	Sifíldes de aspecto liquenoide no tronco.
61	Sifíldes papulosa na glande e corpo do pênis. Alopecia “em clareira” (<i>moth-eaten</i>).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A micropoliadenopatia generalizada esteve presente em 100% dos casos. Um caso apresentou uma linfadenomegalia, não dolorosa e aflegmática, também conhecido como linfonodo “Prefeito” ou “Chefe de Polícia de Ricord” ou “Plêiade de Ricord Unilateral Atípica”. Seu VDRL era reagente 1:4.

Foram realizadas oito punções liquóricas para investigação de neurosífilis, que resultaram reagentes em duas amostras reativas. No caso nº 6, havia quadro demencial.

Foi observado em um único homem um bubão unilateral, drenando secreção por orifício único central, caracterizando o quadro de cancroide ou cancro venéreo simples.

Onze (17,4%), do total de 20 homens encaminhados pelo Serviço de Imunologia/AIDS, apresentavam a coinfeção com HIV.

Nas variáveis “tratamento”, “efeitos adversos” e “titulação do VDRL”, constatou-se que 59 casos (93,65%) foram tratados com penicilina benzatina, com doses variando de 2,4 milhões de unidades (UI) a 7,2 milhões de UI. Dois indivíduos (3,17%) receberam tratamento com ceftriaxona 2 g intravenosa (IV) por 14 dias; um (1,58%) foi tratado com doxiciclina 200 mg por dia por 30 dias; e outro foi tratado com penicilina cristalina endovenosa, como se vê na Tabela 10. Nenhum paciente relatou automedicação.

Tabela 10 – Tratamento dos Casos de Sífilis Adquirida Acompanhados no Serviço de Dermatologia do HUGG

Categorias	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Penicilina benzatina, com doses variando de 2,4 milhões de UI a 7,2 milhões de UI	59	93,65%
Ceftriaxona 2 g IV por 14 dias	02	3,17
Doxiciclina 200 mg por dia por 30 dias	01	1,58
Penicilina cristalina endovenosa	01	1,58
Total	63	100

Nota: IV – intravenosa; UI – unidades.
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

As medicações injetáveis por via intramuscular foram realizadas exclusivamente pelo autor, juntamente com o corpo de enfermagem do Serviço de Dermatologia, após explicações detalhadas sobre os fármacos, e isto possibilitou não só a aderência ao tratamento, como a identificação de reações infusionais. Foram observadas 14 reações (22,2%) de Jarisch-Herxheimer, manifestando-se apenas como quadros de febre e mal-estar geral, prontamente controlados com o uso de dipirona via oral.

No seguimento dos 63 casos, todos os homens participantes do estudo retornaram às consultas agendadas para controle sorológico de 3º mês pós-tratamento.

4.2 DISCUSSÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Primeiramente, serão discutidas as variáveis sociais e econômicas, o comportamento sexual, o conhecimento sobre a sífilis e o contágio por outras IST/HIV.

No segundo momento, serão apresentados os achados clínicos da sífilis, analisando-os para além das roséolas sífilíticas.

Em estudo conduzido num Centro de Referência de DST/Aids na região sudeste do município de São Paulo, cidade do estado de São Paulo com maior número de casos de sífilis adquirida, a maioria era de homens jovens, mais escolarizados, de raça/cor da pele autorreferida como branca (LUPPI *et al.*, 2014), o que vem ao encontro dos dados encontrados neste estudo com relação à etnia e idade.

A orientação sexual foi formada por 84,2% de HSH. Afinal, existe um padrão no comportamento sexual dos homens que portam sífilis?

Estudo de Fernandes, Morgado e Cordeiro (2018) aponta que a população de jovens HSH é a mais vulnerável às IST, inclusive à sífilis, por diversos fatores, dentre os quais podem-se citar a concepção de invulnerabilidade e negligência, a mudança na dinâmica de encontros sexuais com o surgimento de aplicativos que proporcionam, de certa forma, um ambiente mais seguro para contato afetivo e sexual, bem como a dificuldade de acesso aos meios de prevenção gerada pelo estigma e preconceito que esse grupo da população enfrenta.

O preservativo masculino é um artefato utilizado desde tempos remotos e, com o advento da aids, tornou-se prioridade para proteção, uma vez que o uso consistente continua sendo a única barreira contra as doenças adquiridas por via de transmissão sexual. Atualmente, estão disponíveis para a população preservativos masculinos (externo) e femininos (interno, para relações vaginais e anais). No entanto, nesta casuística estudada, 66,7% declararam utilizar esporadicamente o preservativo, sendo que 90% dos participantes não usavam a camisinha durante o sexo oral.

Preservativos masculinos provaram ser 80% a 90% eficazes, mas estudos referentes aos preservativos femininos ainda não são conclusivos quanto ao seu percentual de eficácia. O que se pode afirmar é que o uso simultâneo de ambos os tipos de preservativo amplia a proteção contra as IST (MOME; WIYEH; KONGNYUY, 2018).

Estudo realizado em um CTA no estado da Bahia, ao discutir o perfil dos seus usuários, salienta que o não gostar de usar preservativo pode estar relacionado ao mito da perda do prazer, e que a maior barreira está na não aceitação do seu uso, em geral, manifestada pelos homens, tornando a negociação dificultada (FERREIRA *et al.*, 2016).

Outros fatores que influenciam na escolha de usar o preservativo ou não, segundo da Fonte *et al.* (2017), são a confiança no parceiro, o momento, a preferência

peçoal e o esquecimento ou ausência do preservativo. Esse estudo identificou como causas para o não uso ou uso esporádico do preservativo durante o sexo oral o incômodo gerado pelo preservativo, a diminuição do prazer, o sabor do preservativo e a não percepção do risco às IST pelo sexo oral (DA FONTE *et al.*, 2017). Entretanto, nos resultados da presente pesquisa foi visto que os participantes tinham a percepção do risco de transmissão de sífilis pelo sexo oral, mas ainda assim não era uma prática regular da maioria.

A multiplicidade de parceiros foi um comportamento adotado pela maioria dos participantes (61,9%), resultados que convergem com os estudos de da Fonte *et al.* (2017), Cunha e Gomes (2015) e de Luppi *et al.* (2014).

Um achado importante foi o alto índice de não comunicação às parcerias sexuais que tinham se envolvido com o portador do treponema, pois muitas não realizaram exame nem tratamento para sífilis. Isso pode ser justificado pelo medo da reação da parceria ou até mesmo pelo desconhecimento apropriado da doença (TEBET *et al.*, 2019).

O fato é que a não testagem e o não tratamento das parcerias é um dos maiores empecilhos à interrupção da cadeia de transmissão da sífilis, porque o indivíduo continua correndo o risco de se reinfectar, caso não adquira o uso habitual do preservativo, e a parceria, infectada, muitas vezes sem o saber, passará, também, a ser nova transmissora da doença (BRASIL, 2019b).

O uso esporádico ou não uso de preservativo nas relações sexuais é justificado em uma revisão sistemática pelo medo da perda de prazer e da virilidade, pelo estímulo da prática de sexo inseguro pela indústria pornográfica, e por causar dificuldade de ereção, podendo gerar angústia e depressão (CUNHA; GOMES, 2015).

Com relação ao nível de conhecimento sobre as formas de transmissão da sífilis adquirida, os participantes tiveram um acerto geral de 76%. O item que tratava da transmissão pelo contato com as feridas sífilíticas foi respondido incorretamente pela maioria da amostra (68,3%). Na literatura, em geral, esse dado é semelhante, uma vez que a maioria dos participantes dos estudos tinha conhecimento rudimentar ou desconhecimento da sífilis.

Destaca-se, neste estudo, que 95,2% dos homens tinham ciência de que a sífilis necessita de tratamento e, portanto, não se cura sozinha. Todavia, mais de 50% acreditavam que a sífilis leva o homem à impotente sexual, o que representa um conhecimento errôneo.

Teoricamente, a sífilis primária e secundária não têm essa consequência. A única fase que poderia causar impotência é a neurosífilis, por afetar o sistema nervoso, causando paralisia. Contudo, o fato de a pessoa ter tido sífilis pode afetá-la psicologicamente, causando impotência sexual, mas não a sífilis em si.

No que concerne às vias de transmissão da sífilis, a principal é pelo sexo, justamente pelo contato com as feridas sífilíticas, que têm alta concentração de treponema, inclusive no sexo oral, visto que o cancro duro não se restringe à região peniana, podendo encontrar-se na cavidade oral (BRASIL, 2019b).

O cancro é a ferida inicial da sífilis. Por ser indolor, regredir espontaneamente e nem sempre aparecer, posto que a maioria dos casos da sífilis é assintomática, não é conhecido pelos participantes, dado preocupante, pois a não sapiência dos sintomas iniciais, quando se tem, retarda o diagnóstico e tratamento da doença, deixando-os vulneráveis a formas mais graves da sífilis e transformando-os em potenciais transmissores da doença. Isso, atrelado à não cultura de testagem para as IST como forma de prevenção, dificulta a diminuição de casos da doença (BRASIL, 2019b).

A cultura de não testagem foi explicada, em alguns artigos encontrados em uma revisão sistemática, pela falta de importância que os homens homossexuais dão ao resultado dos testes que não sejam a testagem do HIV. Será ainda HIV/Aids uma infecção ligada à morte? Por outro lado, o diagnóstico de outras IST, entre elas a sífilis, colocá-los-ia expostos às suas práticas e comportamentos sexuais, gerando o sentimento de vergonha e constrangimento (CUNHA; GOMES, 2015).

Uma porcentagem de 46% dos participantes teve outras IST ao longo da vida, sendo a de maior ocorrência o HIV (48,24%).

O uso do preservativo ainda é visto muito mais como método contraceptivo do que prevenção às IST. Foi identificada também a prática do coito interrompido associado ao uso do preservativo como uma forma de prevenir sífilis. Embora atualmente sejam escassos os métodos contraceptivos masculinos, sabe-se que o coito interrompido não é elegível como eficaz, pois tem alto índice de falha e não previne contra as IST (BRASIL, 2019b).

Neste trabalho, os participantes relataram que a busca por informações sobre a sífilis e outras IST ocorreu, em maior parte, por meio de empresas de comunicação (42,9%) – justamente onde o profissional de saúde precisa se inserir para informar a população. O desconhecimento a respeito das formas de transmissão das IST, a não realização do rastreamento e o uso esporádico do preservativo constituem uma

realidade que deve ser discutida entre os homens e reforçada nas atividades de educação em saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Os meios de comunicação são essenciais e é necessário que haja, por trás das telas televisivas e das mídias sociais, um profissional de saúde estudioso da sífilis para que a população seja orientada da melhor maneira.

A testagem para IST, nesse caso a sífilis, também é um fator de proteção, além do uso do preservativo. Assim, um achado positivo foi que cerca de 94% da amostra já tinha feito algum teste para detecção de sífilis em algum momento da vida, sendo o mais frequente o VDRL (96,6%), em seguida o teste rápido (91,5%) e o menos frequente o FTA-Abs (20,3%). O Ministério da Saúde recomenda a realização do teste rápido de seis em seis meses em populações consideradas de risco, como HSH e profissionais do sexo (BRASIL, 2019b).

Apesar de os participantes do estudo não compreenderem a testagem como forma de prevenção à sífilis, quase todos já tinham testado para a sífilis. Porém, deve-se levar em consideração que todos os participantes eram homens que tinham sífilis no momento da pesquisa e, em alguns casos, já a haviam tratado em outros momentos da vida, por isso o alto índice de testagem prévia para IST neste estudo, o que é o contrário do que é observado na população em geral. Isso se dá por causa do tipo de serviço e pela população-alvo do estudo.

A multiplicidade de parceiros também é um fator de risco às IST identificado em outros estudos (CUNHA; GOMES, 2015; DA FONTE *et al.*, 2017; LUPPI *et al.*, 2014). Neste trabalho, na maioria dos entrevistados, a parceria não realizou exame (66,7%); (71,4%) a parceria não realizou tratamento; e cerca de 10% da amostra já tinha se infectado previamente pelo treponema.

O perfil dos 63 homens participantes deste estudo foi similar ao encontrado em trabalho desenvolvido na Bahia (LUPPI *et al.*, 2014). No entanto, constatou-se um maior nível de escolaridade nesta tese, o que mostra que há certo padrão no perfil dos homens que portam essa IST, excluindo-se o padrão social e econômico no cenário estudado.

Na amostra estudada, havia como única ideia de prevenção às IST: o uso do preservativo, ainda que o Ministério da Saúde destaque a necessidade de testagem frequente às IST como forma adicional de prevenção (BRASIL, 2019b).

São necessárias ações e políticas públicas que incentivem a educação em saúde e elevem o nível de conhecimento dos homens sobre a sífilis, para que eles

se percebam como personagens chave desse ciclo de transmissão e possam rompê-lo. Nesse sentido, é imprescindível que se desenvolvam estratégias para que o seguimento do tratamento destes homens seja efetivo.

Com relação aos 13 participantes da pesquisa advindos de outras instituições, 11 (17,4%) procederam do CTA do Hospital Rocha Maia situado no bairro de Botafogo e dois (3,17%) foram referendados do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, também chamado de Posto de Saúde da Gávea, localizado na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. Ambos são referência para Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Essa mudança do padrão de aproximação dos participantes para diagnóstico e tratamento da sífilis talvez possa ser compreendida pelo fato de o HUGG possuir um CTA bastante atuante na prevenção do HIV e de outras IST. Este serviço universitário de excelência orienta e encaminha os seus usuários, quando necessário, aos setores especializados.

Uma possível motivação dos participantes foi o Projeto de Extensão da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), “Tenda da Sífilis”, em que mensalmente se realizava uma atividade de educação em saúde no *campus* universitário, com exposição de imagens das fases da sífilis, que foi chamada “Varal da Sífilis”. Neste projeto, foram fornecidas orientações corpo a corpo com os usuários, além dos participantes discentes dos cursos de graduação de enfermagem e medicina, docentes, profissionais e técnicos administrativos (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

À época, foram realizados 150 testes rápidos para sífilis, executados por profissionais habilitados para o exame, durante as atividades da Tenda da Sífilis no saguão do HUGG, em parceria com o CTA. A positividade da população amostrada (n=150) foi de 9,33%, tendo sido 11 homens e três mulheres diagnosticados positivamente (GUIMARÃES *et al.*, [2021?]).

Ressalta-se que o serviço de Dermatologia acompanhou 32 casos (50,8%) dos participantes encaminhados pelo CTA/HUGG e CTA /Hospital Municipal Rocha Maia, ou seja, metade da amostra do estudo. Desta forma, os dados sustentam a importância do CTA por estar articulado aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios do CTA estão pautados na acessibilidade, universalidade e equidade no acesso às ações, como a disposição de insumos de prevenção e a testagem sorológica. Outro fator que se destaca é o anonimato flexível, a

confiabilidade e a voluntariedade em todos os serviços oferecidos à população (SOUZA; CZERESNIA, 2010). Tais serviços representam uma estratégia fundamental para a promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C, e da sífilis (BASSICHETO *et al.*, 2004).

No CTA, são atendidos os seguimentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, respeitando-se os direitos humanos, a voluntariedade e a integralidade da atenção, sem restrições territoriais. O papel desse centro está voltado à prevenção dessas doenças e das demais IST (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Enfatiza-se, assim, a relevância dos CTA, sobretudo para os inúmeros casos de sífilis que evoluem sem sinais e sintomas, portanto não despertando o interesse do portador em realizar exames diagnósticos. É de suma importância a implantação desse serviço para a realização dos testes rápidos, visando o diagnóstico não só do HIV, sífilis, hepatite B, mas também de outras IST (SOUZAL; CZERESNIA, 2010).

Já é sabido pela literatura científica que a sífilis no homem, em algumas circunstâncias, não apresenta sinais cutâneos. Na fase primária da doença, a “ausência” do cancro duro pode ser resultante da dificuldade de visualização, por estar localizado nas “áreas ocultas” como o ânus (BELDA JR.; DI CHIACCHIO; CRIADO, 2018).

Quanto à apresentação clínica mais comum, as lesões são maculosas eritematosas generalizadas (roséolas sifilíticas) e pápulas ou pápulo-escamosas, com colarete epidérmico periférico (colarete de Bielt) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Apesar dos avanços no controle, diagnóstico e tratamento da sífilis, seu reconhecimento pode ser mal compreendido por profissionais de saúde, até mesmo por dermatologistas, diante do insuficiente treinamento nas minúcias das IST (MOLERI *et al.*, 2012). Cabe lembrar que, dos 63 participantes, 37 (58,7%) não apresentaram lesões na pele e/ou mucosas, o que dificulta ainda mais o diagnóstico.

Apresentações atípicas também podem ocorrer e estão associadas a um alto risco de transmissão. Casos de sífilis atípica foram descritos com maior frequência em pacientes com infecção concomitante pelo HIV. Como a incidência de sífilis tem aumentado nos últimos anos – principalmente em pacientes com infecção por HIV, os profissionais da saúde necessitam estar familiarizados com as apresentações clínicas menos conhecidas dessa doença venérea (LLEÓ, ESCRIBANO; PRIETO, 2016).

Houve o registro também de duas lesões não habituais nos casos 3 e 35; trata-se da Balanite de Follmann que representa uma das formas atípica de cancro duro e que se manifesta como áreas de aspecto irritativo, superficial e com fácil regressão espontânea ou com o uso de cicatrizantes tópicos. Como passa frequentemente despercebida no diagnóstico clínico, está relacionada à vulnerabilidade no diagnóstico (MAINETTI; SCOLARI; LAUTENSCHLAGER, 2016).

Estudo de um único caso realizado em Lisboa, intitulado “Balanite sífilítica de Follmann: armadilhas de laboratório” (ALMEIDA; AZEVEDO; LISBOA, 2020), descreve um caso de sífilis recente, em um homem com 46 anos, homossexual, com infecção pelo HIV, história prévia de sífilis, que apresentava balanite e sífilides papulares há quatro semanas, com um resultado falso negativo para o teste VDRL devido ao fenômeno de prozona. O estudo demonstra a importância da realização de uma boa anamnese e exame físico em busca de sinais no corpo que muitas vezes os exames laboratoriais podem ocultar, e finaliza dizendo que o diagnóstico de sífilis continua sendo um desafio altamente complexo.

O caso 48 apresentou um bubão unilateral drenando secreção por orifício único central, caracterizando o quadro de cancroide ou cancro venéreo simples, IST causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, sendo mais frequente em países tropicais. Seu VDRL era reagente 1:4 (BELDA JR.; CHIACCHIO; CRIADO, 2018).

Na tese de doutorado “Narrativas de homens com sífilis na perspectiva transcultural”, cujo campo de pesquisa foi também o HUGG, verificou-se que a coinfeção dos participantes do estudo encaminhados pelo Serviço de Imunologia/Aids era de 31,17% (20) e 11 (17,4%) tinham o HIV. Foi observado que sete dos 32 homens (21,9%) não tiveram outra IST, enquanto os demais tiveram diagnósticos anteriores de gonorreia, condiloma, herpes genital, cancro mole, hepatite B, citomegalovírus. A coinfeção pelo HIV foi de 65,6%, e destes, 42,8% já tiveram pelo menos mais uma IST, o que caracterizou o exercício de práticas sexuais inseguras (VEIGA, 2018).

A prevalência de sífilis é maior entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) do que entre as pessoas negativas para o HIV. Em 2017, a coinfeção do HIV esteve presente em 46% dos HSH, 8,8% dos homens que fazem sexo com mulheres e 4,5% das mulheres diagnosticadas com sífilis primária ou secundária. A aquisição de sífilis e outras IST em PVHIV/PVHA confirma a vulnerabilidade e a falha na adesão às orientações de prevenção. Pessoas com

comportamento sexual de alto risco muitas vezes têm acesso limitado aos cuidados de saúde por questões econômicas e/ou estigmatização social (FORRESTEL; KOVARIK; KATZ, 2020).

A coinfeção de HIV e sífilis possui ação sinérgica, caracterizada tanto pela elevação de transmissibilidade do HIV quanto pela evolução atípica da infecção treponêmica (LUPPI *et al.*, 2014). Úlceras genitais podem facilitar a transmissão sexual e perianal do HIV, pois a quebra da integridade do epitélio mucoso ocasiona uma via de entrada para o vírus. Além disso, há um influxo local de linfócitos T-CD4+ e aumento da expressão de receptores de quimiocina (CCR) em macrófagos, aumentando a probabilidade de aquisição do HIV.

Há relatos isolados de comportamento anormal dos testes imunológicos de sífilis e resposta terapêutica atípica em PVHIV/PVHA. As recomendações diagnósticas e terapêuticas para essa população, no entanto, são as mesmas utilizadas para pessoas sem infecção por HIV (BRASIL, 2020).

Este resultado de coinfeções por outras IST sinaliza a necessidade urgente de investimento da saúde pública no oferecimento de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite) para homens assintomáticos. Várias são as estratégias diagnósticas que podem ser adotadas para abordar os homens, além do ciclo gravídico-puerperal conforme recomendado pelo governo federal no “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde” (HERRMANN *et al.*, 2016), como atividades de educação em saúde itinerante, a exemplo da Tenda da Sífilis, oferecimento de testes rápidos e exames periódicos para todos, nas grandes indústrias, com campanhas, articulação com centros de doação de sangue e serviços de saúde para encaminhamento dos casos de respostas reatoras para a sífilis.

O início imediato do tratamento de sífilis é de fundamental importância para os casos de testes rápidos positivos, como indica o estudo de Hickmann, Zampese e Ramos (2020). O adiamento, enquanto se espera outros exames para a confirmação de sífilis, é inaceitável nos dias atuais, apesar de bem comum em alguns serviços.

Testes não treponêmicos devem ser sempre solicitados para seguimento sorológico. O VDRL e o teste de reagina plasmática rápida (RPR) podem ser igualmente utilizados para seguimento até obtenção da cura (HICKMANN; ZAMPESE; RAMOS, 2020).

Estes mesmos autores apontam que, uma vez escolhido um dos testes não treponêmicos para acompanhamento/seguimento até obtenção da cura, o profissional

deve ater-se ao mesmo teste. Afirmam que, embora os testes não treponêmicos possam apresentar resultados falso-positivos, esse fenômeno é muito raro. Resultados biológicos falso-positivos (BFP) com condições médicas são raros. Nos testes não treponêmicos, estima-se que o BFP fique em torno de 0,2-0,8% (HICKMANN; ZAMPESE; RAMOS, 2020).

Sugere-se, a partir do desenvolvimento deste estudo, a não relação entre os tipos de manifestações cutâneas e as titulações do teste não treponêmico VDRL.

O que se sabe pelos estudos científicos é que a titulação varia dependendo do estágio da doença e do tratamento, por isso são muito úteis para monitorar a resposta ao tratamento. Títulos maiores geralmente refletem maior atividade da doença.

No caso da sífilis latente, o título de anticorpos não treponêmicos parece estar relacionado ao tempo de evolução, de modo que títulos elevados de VDRL ou RPR estão associados a infecções recentes. Se o paciente for tratado durante uma sífilis precoce, os títulos costumam tornar-se negativos ou diminuem significativamente no primeiro ano. O tratamento na fase tardia é acompanhado por uma redução mais lenta no título de anticorpos não treponêmicos (KNAUTE *et al.*, 2012; MAHMUD *et al.*, 2019). No que se refere ao tratamento, a penicilina G benzatina foi a droga mais utilizada.

As medicações injetáveis dos 63 participantes do estudo foram realizadas exclusivamente pelo autor, juntamente com o corpo de enfermagem do Serviço de Dermatologia, após explicações detalhadas sobre os fármacos, o que possibilitou não só a aderência ao tratamento como a identificação de reações infusionais.

Outros estudos indicaram a utilização de penicilina G benzatina na profilaxia de outras doenças que não a sífilis, como a febre reumática. A dor e o medo foram mencionados como um fator que dificulta a adesão à profilaxia secundária com a penicilina.

O medo da dor da Benzetacil® atua por antecipação, mesmo que de forma inconsciente, pois no senso comum se afirma que a injeção tão temida tem uma intensidade de dor “quase insuportável”, refreando a capacidade de enfrentamento diante de uma real necessidade de administração da penicilina. Este medo, por sua vez, pode ser retroalimentado pela dor, fechando, assim, um círculo vicioso que tende a diminuir a adesão.

Os resultados sugerem ainda que a adição de anestésico ao frasco da penicilina reduz significativamente a dor, como assinalado pelos participantes deste e de outros estudos. Sabe-se que a penicilina G benzatina pode ser diluída ora com água estéril, ora com 3,3 ml de lidocaína a 1%. O uso da lidocaína como diluente não altera a concentração do antibiótico nos fluidos corporais e diminui substancialmente a dor da injeção, em especial nas duas primeiras horas pós-aplicação (GRACIANO, 2007).

Em 46 (73%) dos participantes, o tratamento foi distinto do preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Observou-se 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 dos profissionais em determinar exatamente a fase clínica da infecção.

Indica-se que o tratamento incluía a convocação das parcerias sexuais (BRASIL, 2020), ação válida pelo risco de reinfecção do caso fonte e por vislumbrar a interrupção da cadeia de transmissão na sociedade.

Contudo, essa etapa do tratamento mostrou-se bastante ineficaz dentre os casos acompanhados, visto que em 45 (71,4%) dos participantes, as parcerias sexuais não foram convocadas. Uma das dificuldades para a convocação foi a instabilidade destas relações, uma vez que a maior parte dos participantes se mantinha em relações casuais.

Associado à casualidade, acrescenta-se a vergonha de revelar o diagnóstico às parceiras que não são da confiança do homem, bem como o receio de se expor, situações que dificultam o acesso às parcerias sexuais e, por isso, precisam ser discutidas e enfrentadas para que ações mais eficazes sejam implementadas nesse sentido (BRASIL, 2020).

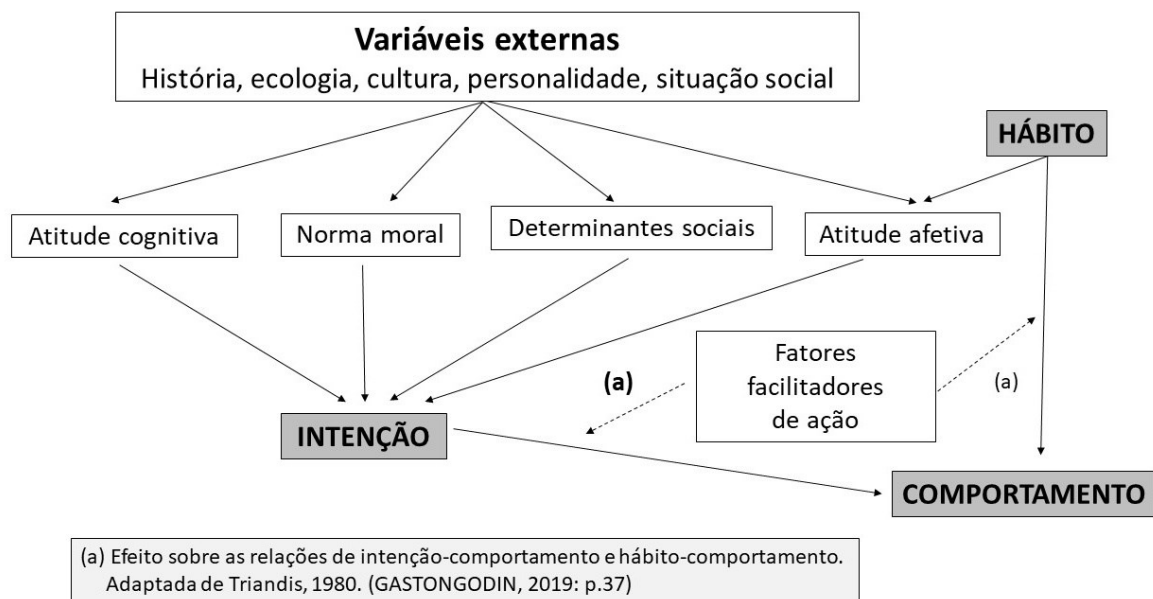
Com relação ao seguimento da casuística estudada, todos os 63 homens participantes retornaram às consultas agendadas, com objetivo de controle sorológico de 3º mês pós-tratamento. O seguimento posterior a esse período foi prejudicado devido à pandemia do Covid-19. Atualmente, alguns pacientes têm comparecido ao hospital para realização de exames sorológicos para controle.

5. COMPORTAMENTOS, PRÁTICAS E DETERMINANTES SOCIAIS DE HOMENS COM SÍFILIS À LUZ DA TEORIA DOS COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS (TCI)

Neste capítulo, são apresentados os resultados das cinco entrevistas de homens com infecção ou reinfecção por sífilis, a partir dos dados produzidos sobre o que lhes foi perguntado por meio do instrumento de entrevista “Comportamentos informacionais, práticas e determinantes socioculturais de homens sífilis: do acolhimento ao seguimento” (APÊNDICE 3).

O referencial que sustentou a escolha sobre o comportamento e práticas ancora-se na Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI) quanto à dimensão afetiva e aos determinantes sociais (GODIN, 2019), orientado pela Figura 1.

Figura 1 – Teoria dos Comportamentos Interpessoais (TCI)



Fonte: Godin (2019, p. 37).

Segundo Gaston Godin (2019), toda teoria do comportamento abrange três fases:

- a) a força do **hábito** de um dado comportamento;
- b) a intenção de **adotar** o comportamento;

- c) a **presença de condições** que facilitem ou prejudiquem sua adoção, fator que “age como moderador de influência do **comportamento e hábito**”, e envolve interações como determinantes do comportamento, limitando seu alcance baseado no fato de que, dentro de cada gama de comportamentos adotados pelas pessoas, nem todos estão sob controle direto da vontade.

Assim, diversos comportamentos se tornam mais ou menos mecânicos pela prática e podem ser adotados sem terem origem numa vontade consciente (latente?) ou planejada.

Quanto aos dados oriundos das entrevistas, emergiu o texto bruto, conseqüente de suas falas, e foi eleito o *modus operandi* da organização segundo a análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011).

Primeiramente, foi feita uma leitura flutuante, um rastreio sobre a produção dos dados, destacando-se as Unidades de Registro (UR), guardadas inicialmente em duas caixas, conforme orientações de Bardin, a partir do objeto do estudo. Denominaram-se Caixa 1 – Comportamentos e Caixa 2 – Práticas em saúde de clientes homens em tratamento para sífilis em um Ambulatório de Dermatologia de um hospital federal universitário da Zona Norte do município do Rio de Janeiro.

A princípio, foram criadas duas caixas para alocar os dados como será demonstrado e justificado a seguir.



No entanto, ao trabalhar com os dados, encontraram-se elementos de uma outra caixa, a qual foi chamada de Caixa 3.

Para alocar os resultados nas Caixas 1, 2 e 3, procedeu-se à análise de conteúdo semântica e lexical a partir das UR e das ocorrências contidas no texto das entrevistas. Bardin (2011, p. 39 e 147) elucida que as caixas devem ser entendidas como categorias (comportamentos e práticas):

É uma técnica que consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas caixas, seguindo critérios de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem nos dados (BARDIN, 2011, p. 37).

A análise de conteúdo semântica é aquela parte da linguística que se dedica ao estudo das palavras e interpretações das frases ou enunciados; é a análise das significações das palavras (BARDIN, 2011).

Semântica é o estudo sincrônico ou diacrônico da significação como parte dos sistemas das línguas naturais; componente do sentido das palavras e da interpretação das sentenças e dos enunciados, evolução do significado das palavras (BARDIN, 2011, p. 40).

Desse modo, criou-se um instrumento para organização da análise feita na entrevista de cada cliente (1, 2, 3, 4, 5), isto é, o registro e a ordenação dos dados de acordo com a coocorrência dos sentidos da prática de viver, na perspectiva de **ter e tratar-se de sífilis**.

As UR originam-se do tratamento das informações contidas nas mensagens e não se limitam ao conteúdo, embora tomem em consideração “o continente”. Podem ser extraídas a partir da análise de significados (análise temática) ou de significantes (que é **lexical**, análise dos procedimentos), ou seja, é a análise da informação (**dos homens com sífilis**) e são descritivas: a linguística, a semântica, a documentação.

A palavra lexical significa vocabulário, e simboliza o recorte do ambiente biossocial feito por determinada língua (BARDIN, 2011). Neste estudo, está-se tratando da fala dos **homens**, tentando compreendê-los no ambiente em que vivem, tomando em consideração as significações.

Em relação à semântica, Bardin (2011, p. 46) a define como o estudo do **sentido** das unidades linguísticas funcionando como material principal da análise de conteúdo: os **significados** das falas, assim como o conhecimento das variáveis de ordem psicológica, sociológica e histórica que interferem no cotidiano dos homens e podem sugerir os motivos de suas infecções e reinfecções por sífilis.

Igualmente necessário é o conhecimento sobre o emissor, ou a inferência relativa ao seu meio e às suas condições de produção de conhecimento. O tempo e o modo dos verbos são reveladores, já que a função oficial destes diz respeito aos modos de viver; estão ligados à função preditiva, se está no imperativo, no condicional, no passado (BARDIN, 2011, p. 40).

Para melhor compreensão, serão apresentadas as UR de cinco clientes, classificando-as nas caixas referentes ao **Comportamento** (azul), à **Prática** (verde) e aos **Determinantes Sociais** (vermelha) (Quadro 3 a Quadro 11).

Quadro 3 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente nº 1 (continua)

Cliente 1: M.A.G., 51 anos, branco, trabalha em hotelaria. HIV+ e sífilis (2016, 2018, 2019). Preocupado com a neurosífilis.				
UR	Unidades de Registro	Caixas		
		Cx1	Cx2	Cx3
Como cuidado da saúde				
1	Sou eu mesmo	●		
2	Eu cuido da minha saúde, de minha saúde	●		●
3	Saúde material e espiritual			●
4	Então, minha vida material		●	
5	Resumida em ter o melhor possível		●	
6	Para unir			●
7	Alimentação	●		
8	Cuidar da matéria, do físico	●		
9	Eu cuido			●
10	Como bem		●	
11	Almoço, lanche e jantar		●	
12	Procuro dormir cedo		●	
13	Tenho cuidado especial por mim mesmo			●
14	Sempre procurei ir no hospital	●	●	
15	Venho procurando os médicos	●	●	
16	Ter atendimento tendo em vista o que está passando por aí			●
17	É um bom hospital			●
18	Muito bom			●
19	Meus hábitos		●	
20	Acordo cedo		●	
21	Gosto de mim			●
22	Gosto de dormir cedo		●	
23	Tomo meu café da manhã		●	
24	Faço minha atividade na minha casa		●	
25	Por ser aposentado		●	
26	Não tem quem faça		●	
27	Gosto de fazer			●
28	Tenho minha alimentação		●	
29	Eu mesmo providencio (certo?)	●		
Conhecimento da sífilis				
30	Já tive sífilis			●
31	Entendeu (?)			●
32	Um pouquinho de cada coisa			●

Quadro 3 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente nº 1 (continuação)

33	Me aprofundei um pouco mais	●		
34	Um pouco mais pelo fato de ter passado por isso	●		
35	Por ter tido sífilis, né?	●		
36	Sífilis é uma doença, entendeu?	●		
37	Ataca o sistema nervoso			●
38	E o nosso sistema cardíaco entendeu?			●
39	Tive febre, mal-estar			●
40	Fiquei com manchas vermelhas no corpo			●
41	Na palma das mãos			●
42	Fiz exames sobre a sífilis			●
43	Queria saber se tinha neurosífilis			●
44	Fiz punção lombar sobre sífilis			●
45	Pega-se por via sexual	●		
46	Não sei de outra forma de transmissão	●		
O que ocorre se não tratada				
47	Se a bactéria não for tratada, ela vai se alojar no coração			●
48	Vai levar você a óbito			●
49	Leva à demência e morte			●
50	Fiquei com febre, já tinha falado, manchas, entendeu?			●
51	Cheguei na dermatologista por ter umas verrugas no bico dos meus mamilos			●
52	Uma outra verruga que estava me incomodando			●
53	Estava me machucando			●
54	Me incomodando quando me enxugava			●
55	Então procurei dermatologista		●	
56	Vim, fiz e retirei		●	
57	Foi levada para a biópsia		●	
58	Não mostrou nada		●	
59	Assim de grave		●	
60	Procurei outros serviços		●	
61	Fiz os medicamentos		●	
62	Vim aqui no hospital tomar “bezetacil”		●	
63	Foi isso, tomei			●
64	Depois eu fiquei (?)			●
65	E passou			●
Considerações sobre facilidade e o que facilitou a vida				
66	A minha vida ao hospital, né?		●	
67	Depois que apareceu isso		●	
68	Vim ver o que estava acontecendo comigo, do que se tratava, né?			●
69	Estou aqui com manchas vermelhas no corpo e febre			●
70	Aí o médico diagnosticou			●
Dificuldade de vir no hospital				
71	Não, não tive não			●
72	Tudo que acontece agora			●
73	Venho logo para o hospital			●
74	Então, foi muito mais fácil			●
75	Logo que cheguei o médico atendeu			●
76	Aqui mesmo tomei os remédios, as injeções, entenderam?			●
77	Eu fiquei bem			●
78	Melhorei e fiquei bem			●
79	Não tive dificuldades			●
80	Atualmente não tenho feito sexo com ninguém, entendeu?		●	
81	Eu devo ter pego inclusive a sífilis		●	
82	Com certeza, via sexual sobre parceiros		●	
83	Não, não			●
84	Porque não sabia quem me passou	●		

Quadro 3 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente nº 1 (conclusão)

85	Não tinha ninguém fixo				●
A reação quando solicitado a usar camisinha					
86	É... Bom			●	
87	Eu uso, né? A camisinha			●	
88	Quando não tenho não uso (Lá atrás diz que não faz sexo há muito tempo)			●	
89	E as pessoas às vezes não têm	●		●	
90	Às vezes não quer usar	●		●	
91	Às vezes são portadoras do mesmo vírus que tenho			●	
92	Não pago para transar				●
93	Não tem ferida				●
94	Não, nunca tive				●
95	Não conheci ninguém, não que dissesse para mim				●
96	“Ah! Eu tive sífilis, tenho sífilis”, não				●
97	Não conheci ninguém	●			
98	Foi com os médicos que aprendi	●			
99	Não tenho mais família				●
100	Sou sozinho				●
101	Não tenho nada				●
102	Não tenho mais pais, nem ninguém				●
103	Então é só Deus e os médicos do Gaffrée				●
104	A prevenção é para todos	●			
105	Uso de preservativos, né? (risos)			●	
106	Prevenir			●	
107	Se não preservar, pega			●	
108	Como não preservei, peguei			●	
Mudanças na vida					
109	Mudou sim	●			
110	Fiquei mais seletivo	●			
111	Quanto às pessoas	●			
112	Que se relacionam comigo	●			
113	Que não venha novamente	●			
114	Ter novamente doenças	●			
115	Pelo que sei tive duas sífilis				●
116	Gonorreia há muitos anos				●
Total		121	25	38	58

Nota: Azul – Comportamento (Caixa 1); verde – Prática (Caixa 2); vermelha – Determinantes Sociais (Caixa 3).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 1:



Estes são os totais das 121 UR que demonstram que existem **Comportamentos** e **Práticas velados** dentro dos elementos da Caixa 3,

Determinantes Sociais, que configuram um modo de falar sobre a doença, sobre como ele se sente em relação a estar contaminado e ser contaminado por parceiros que não conhece, e não saber se as parcerias sexuais têm a doença. Tais elementos desconstroem o cuidado que o Cliente 1 diz ter sobre si mesmo, com suas **práticas** que se confundem com o **comportamento (hábitos de vida e de viver)** ao contrair sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que estão no seu contexto de viver. Encontraram-se implicações, familiares, econômicas, de afeto, perdas, solidão, e relacionadas aos sinais e sintomas da sífilis.

Todas essas afirmativas estão nas 118 ocorrências verbais (**palavras plenas**) que foram decodificadas e destacadas a seguir com os verbos de maior ocorrência:

Quadro 4 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 1

Aprender	03	Pegar	02	Destacamos os verbos de maior ocorrência que dão o tom da produção de dados pelo Cliente 1		
Acontecer	02	Pagar	02			
Cuidar	03	Procurar	02			
Conhecer	03	Passar	02			
Chegar	02	Prevenir	06			
Diagnosticar	02	Preservar	02			
Dever	01	Relacionar	02			
Entender	04	Ser	10			
Estar	04	Saber	03			
Fazer	02	Sentir	02			
Ficar	02	Ter	21		Caixas de Verbo	
Gostar	02	Transar	08		Entender	04
Ir	03	Tratar	02		Prevenir	06
Incomodar	02	Usar	04		Ser	10
Mudar	03	Vir	07		Ter	21
Melhorar	02	Ver	01	Vir	07	
Mostrar	02	Total	118	Total	48	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 2:

Quadro 5 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 2 (continua)

Cliente 2: A. C. F., 53 anos, cancro duro no lábio esquerdo, sexo oral, solteiro, frequentador de termas, diagnóstico inicial de herpes.						
UR	Unidades de Registro	Caixas				
		Cx1	Cx2	Cx3		
Como cuida da saúde						
1	Me alimento bem		●			
2	Ultimamente não tenho cuidado da minha saúde		●			
3	Bebo também		●			
4	Mas como bem		●			
5	Não como muito com sal		●			

Quadro 5 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 2 (continuação)

6	Tenho problemas de pressão		●	
7	Como muito pouco sal		●	
8	Minha pressão é sempre 12 x 8		●	
9	Preciso fazer atividades físicas		●	
10	Isso eu reconheço			●
11	Mas é o que falta			●
12	Tirar um pouco deste sobrepeso			●
13	Acho que sim			●
14	Me alimento bem com certeza		●	
15	Caminho pouco		●	
16	Caminho quando vou à cidade		●	
17	Não faço como exercício, não		●	
18	Não como rotina		●	
19	Sei que devo fazer		●	
20	Mas ainda não		●	
21	Vai chegar a hora		●	
Conhecimento sobre sífilis				
22	Sei que é uma doença sexualmente transmissível			●
23	Que graças a Deus o senhor tratou (risos)			●
24	Tratou muito bem graças a Deus			●
25	Nem a injeção doeu (risos)			●
26	Vontade de saber se a sífilis não for tratada			●
27	Aprendi com o senhor que ela pode até desenvolver problemas cerebrais			●
28	Como o senhor mesmo falou			●
29	É neurosífilis			●
30	Mas sei que mata			●
31	Não sabia que a sífilis mata			●
32	Não, de neurosífilis, não			●
33	Mas sabia que a sífilis matava			●
34	Se não fosse pela imprensa, pelos jornais			●
35	Sim, e por mim também			●
36	Sou uma pessoa muito curiosa	●		
Sinais e sintomas sentidos				
37	Eu acho que tava com uma		●	
38	Tava recentemente com um tipo de herpes, né?		●	
39	No caso, eu acho que foi essa “recumência” de herpes que começou		●	
40	Aí me deixa preocupado			●
41	Aí, no dia apareceu umas pintinhas aqui, né?			●
42	Aí, fui no dermatologista	●		
43	Naquele seu colega e ele, foi...			●
44	Estava achando muito estranho			●
45	O herpes estava voltando muito			●
46	Com muita recorrência que eu nunca tive			●
47	Cheguei no serviço de dermatologia, não lembro o nome			●
48	O entrevistador ajuda: é o Antônio, isso!			●
49	Não busquei outros serviços			●
50	Vim direto ao ponto certo			●
51	Facilitou o seu diagnóstico			●
52	A aparência da, da lesão ulcerada, né?			●
53	Tive a sorte de nada ter dificuldade			●
54	Pelo contrário			●
55	Bastou fazer o exame indicado pelo médico			●
56	Deu esta contestação			●
57	A gente pode processar o tratamento logo em seguida		●	

Quadro 5 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 2 (continuação)

58	A equipe do hospital (risos)			●
59	Fui muito bem atendido			●
60	Muito, muito, muito bem atendido			●
61	Me senti muito bem acolhido			●
62	Quando soube			●
63	Fiquei preocupado (né?) obviamente			●
64	Pela seriedade da questão, mas...			●
65	Hum!... Sobre o Hospital Gaffrée e Guinle			●
66	Não tive nada que me dificultasse			●
67	Muito pelo contrário			●
68	Acho que o plano de saúde contribuiu, né?			●
69	Fiz todos os exames pelo plano			●
70	Contribui, né?			●
71	Fiz todos os exames através do plano			●
72	As consultas			●
73	Graças a Deus eu fui agraciado com isso			●
74	Não sofri esse desprazer			●
Sobre uso do preservativo				
75	Não			●
76	Todas não, doutor			●
77	Porque tenho relacionamentos com pessoas que fazem exames regulares	●		
78	Vou ao urologista de seis em seis meses	●		
79	Inclusive tenho que marcar	●		
80	Mas isso é uma coisa que me preocupa	●		
81	Porque sou solteiro, né?			●
82	Tenho relações com uma quantidade grande de mulheres		●	
83	Mas uso preservativo	●	●	
84	Não tenho problema nenhum não			●
85	Os preservativos hoje são muito bons			●
86	Uma qualidade...			●
87	São bons, não tiram a sensibilidade			●
88	Mas, doutor, tudo na vida é hábito			●
89	Tem uns à base de poliuretano			●
90	Você falou a coisa certa			●
91	Não precisa necessariamente do homem para ter prazer... precisa ter uma relação			●
92	Pode ser uma coisa erótica que propicie prazer, caso não tenha o preservativo à mão			●
93	Que você não queira se relacionar			●
94	Você tem outras formas de se relacionar			●
95	Sem correr riscos	●		
96	Há muitos anos, doutor, que eu não tenho uma parceira fixa		●	
97	Nunca casei			●
98	Quando constatei... eu parei imediatamente de me relacionar com qualquer pessoa	●		
99	O senhor lembra disso, não é?			●
100	Quando já estava, acho que antes mesmo de ter as perebinhas			●
101	Quando estava com a questão da ulceração na boca recorrente			●
102	Já tinha dado um tempo de me relacionar	●		
103	Por pensar que fosse uma coisa mais séria			●
104	Quando a mulher solicita camisinha, reação normal, tranquilo		●	
105	É direito da mulher acho sem sombra de dúvida		●	
106	Jamais paguei para transar com alguém			●
107	Eu pago para ir embora... para ir embora			●
108	Eu pago para ter que mandar flores no dia seguinte			●
109	Eu não pago por sexo			●

Quadro 5 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 2 (conclusão)

110	Tem uma porrada de mulher querendo dar, doutor			●	
111	Tem mulher carente aí, doutor			●	
112	Só que as mulheres são possessivas			●	
113	Tem toda uma, né?			●	
114	Quando você pagar, esse é o trato mais correto, mais honesto			●	
115	Cada um sabe o que está fazendo			●	
116	Mas não tenho nenhum problema não			●	
117	Não tenho esse tipo de moralidade falsa, nunca tive			●	
118	Só digo ao senhor			●	
119	Não existe pecado nenhum no sexo			●	
120	Só em duas situações: quando é feito sem consentimento, ou			●	
121	Com quem não tem capacidade de consentir			●	
122	Não só é pecado, como é crime			●	
123	A lei pune severamente			●	
124	Fora isso ninguém tem que se meter com a vida de ninguém			●	
125	Nos últimos meses tive ulcerações de "herpezinha" no pênis	●			
126	Na família quem teve sífilis foi meu pai e minha mãe			●	
127	Minha mãe contraiu por conta de meu pai. Meu pai novo, aquelas coisas			●	
128	Meu pai é do mercado, né, doutor?			●	
129	Sou filho de peixe, filho de peixe não nasce elefante, nasce? (risos)			●	
Sobre prevenção					
130	A camisinha é sempre um elemento regular		●		
131	Na ausência dela volto, volto a dizer....		●		
132	Existem outras formas de se erotizar em uma relação sem necessário correr risco		●		
133	Com a participação de ambos inclusive, né?		●		
134	Eu tenho rodagem, né, doutor?			●	
135	Comecei cedo pra caramba			●	
136	Muito cedo eu comecei, eu comecei então...			●	
Mudança de vida depois do diagnóstico de sífilis					
137	Eu acho que nada... eu acho...	●			
138	A prevenção é sempre o melhor caminho		●		
139	Não vejo a minha vida mudando em nada	●			
140	A não ser talvez agora	●			
141	Conhecimento de talvez identificar uma pessoa, uma mulher	●			
142	Enfim, se for amiga pode orientar de uma iluminação, né?			●	
143	Acho que é neste aspecto, passa a ser um multiplicador do cuidado!!!			●	
Total		143	14	31	98

Nota: Azul – Comportamento (Caixa 1); verde – Prática (Caixa 2); vermelha – Determinantes Sociais (Caixa 3).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 2:

Caixa 1 Comportamentos (14)	Caixa 2 Práticas (31)	Caixa 3 Determinantes Sociais (98)
--	--	---

Os totais das 143 UR do Cliente 2 revelam a existência de **Comportamentos e Práticas veladas** dentro dos elementos contidos na Caixa 3, – que indicam seu modo de falar sobre a infecção e sobre como se sente ser pelo fato de ter sido contaminado por mulheres sem relacionamento fixo, as quais, no fundo, ele não sabe se possuem doenças. A partir da análise, desconstrói-se o autocuidado relatado por este participante, visto que suas **práticas e comportamentos** (forma de viver livremente a sexualidade) refletem a infecção por sífilis, a transgeracionalidade da sífilis (pai e mãe com histórico de sífilis) e outras IST, havendo implicações de afeto e solidão.

O Quadro 6 lista todas as afirmativas contidas nas 150 ocorrências verbais (**palavras plenas**) decodificadas.

Quadro 6 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 2

Achar	08	Existir	02	Punir	01	Destacamos os verbos de maior ocorrência que dão o tom da produção de dados pelo Cliente 2	
Alimentar	02	Estar	08	Parar	02		
Aparecer	01	Doer	03	Precisar	03		
Aprender	01	Dever	03	Pensar	01		
Ajudar	01	Dizer	02	Poder	03		
Beber	01	Dar	01	Processar	01		
Buscar	01	Fazer	08	Querer	02	Caixa de Verbos	
Bastar	01	Falar	08	Relacionar	03		
Contrair	03	Facilitar	03	Reconhecer	02		
Caminhar	02	Ficar	02	Ser	29	Ser	29
Correr	01	Ir	12	Sofrer	01	Ter	24
Contribuir	03	Lembrar	02	Saber	03	Ir	12
Chegar	02	Mandar	03	Sentir	01	Achar	08
Constatar	01	Orientar	03	Ter	24	Estar	08
Começar	05	Pagar	05	Total	150	Falar	08
						Total	89

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 3:

Quadro 7 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 3 (continua)

Cliente 3: M.F.S., 53 anos, branco, economista, considera-se saudável, joga futebol na praia de Copacabana, aposentou por perda de memória. Internado no Hospital Miguel Couto por 10 dias com a pressão alta por suposto AVC. Descobriu-se com sífilis VDRL 1/64. Chamado o lacônico.				
UR	Unidades de Registro	Caixas		
		Cx1	Cx2	Cx3
Como cuida da saúde				
1	Tento fazer atividade física		●	
2	Atividades físicas para se manter assim		●	
3	Se sentindo bem	●		
4	Tenho uma escola de futebol para crianças			●

Quadro 7 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 3 (continua)

5	A vida toda lidou com isso, né?			●
6	Com a parte esportiva			●
7	Sempre na praia			●
Como são os hábitos				
8	Meu estilo de vida é normal		●	
9	Podendo fazer as coisas que posso fazer		●	●
10	E tudo mais			●
11	Me alimentando bem		●	
12	Durmo		●	
13	Pratico esporte		●	
14	Durmo bem		●	
15	Bem, deixei meu filho na van da escola, aí começou o ataque			●
16	Comecei a ficar todo tremendo			●
17	Não consegui falar direito			●
18	Foi por causa da Roberta, minha esposa			●
19	Não fiquei consciente			●
20	Não sabia o que estava acontecendo			●
21	Nem nada, não saía nada			●
22	Veio a ambulância e fui para o Hospital Miguel Couto			●
23	Primeiro passei pela UPA [Unidade de Pronto Atendimento]			●
24	No hospital fui diagnosticado com AVC [Acidente Vascular Cerebral]			●
25	Fiquei 10 dias internado			●
26	Saí sem problema, não tinha mais			●
27	Estava interagindo bem			●
28	O diagnóstico sendo uma possível de causa sífilítica			●
29	Fiz exame e confirmou a sífilis			●
30	Aí fui enviado para o Gaffrée			●
31	Dúvidas sobre a cura da sífilis, se ela cura sozinha			●
32	Quais são os sinais e sintomas antes do diagnóstico			●
33	Quando cheguei à dermatologia tive a indicação de neurosífilis			●
34	Busquei outros serviços para tratamento			●
35	Não tenho ciência do que acontece se a sífilis não for tratada			●
36	Para se preservar uso....		●	
37	Não normalmente		●	
38	É normalmente		●	
39	Só transar com pessoas que aparentam		●	
40	É uma maneira de se prevenir		●	
41	Se ela tem um aspecto bom		●	
42	Seguramente você está se protegendo da sífilis		●	
43	Acho que transar com camisinha é o bastante para se proteger da infecção por sífilis		●	
44	É um direito da mulher pedir para usar a camisinha			●
45	Não pago para transar			●
46	Nem conheço alguém que paga			●
47	Não tenho ferida no pênis, não			●
48	Sobre herpes já tive amigos, pais, tios, primos, etc.		●	
49	Conheço, dois primos			●
50	Lá em Copacabana			●
51	Tratamento no posto de saúde		●	
52	Não dá para lembrar quando foi			●
53	Não sei sobre o tratamento ou simpatia para tratar sífilis			●
O que mudou na vida depois do diagnóstico				
54	Ah! Faço reflexões de que foi um acontecimento e,			●
55	Que seria alguma coisa que a gente possa tratar totalmente		●	
56	Seguir adiante			●

Quadro 7 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 3 (continua)

57	Estou triste. Claro que fiquei			●
58	Não chegou a ficar pior			●
59	Vida normal		●	
Total 59		01	20	38

Nota: Azul – Comportamento (Caixa 1); verde – Prática (Caixa 2); vermelha – Determinantes Sociais (Caixa 3).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 3:

Para o Cliente 3, emergiram 59 UR cuja análise apontou **Comportamentos** e **Práticas** que estão **velados** dentro dos elementos da Caixa 3. Seu modo de falar sobre a infecção e como se sente quanto a ser contaminado por mulheres com quem não possui sem relacionamento fixo e que cujo histórico de doenças ele desconhece, demonstram que o entrevistado desconhece a sua vulnerabilidade à sífilis.

Assim como ocorreu com os Clientes 1 e 2, o cuidado que o Cliente 3 declarou ter sobre si mesmo divergiu de suas **práticas** combinadas aos seus **comportamentos** (**forma de viver livremente sexualidade**). Em seu relato, destacam-se a infecção por sífilis, a transgeracionalidade da sífilis (pai e mãe) e outras IST, além de implicações de afeto e solidão.

Todas as afirmativas estão nas 74 ocorrências verbais (**palavras plenas**) que foram decodificadas conforme ilustra o Quadro 8.

Quadro 8 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 3

Achar	03	Ficar	02	Saber	01
Alimentar	02	Lembrar	03	Sair	01
Começar	03	Lidar	02	Transar	01
Conhecer	04	Manter	01	Tratar	01
Cair	01	Praticar	03	Destacamos os verbos de maior ocorrência que dão o tom da produção de dados pelo Cliente 3	
Chegar	02	Passar	02		
Dormir	03	Pagar	03		
Dar	02	Proteger	01	CAIXA DE VERBOS	
Escolher	06	Poder	03	Estar	11
Estar	11	Pedir	01	Ser	10
Fazer	08	Ser	10	Fazer	08
Falhar	03	Seguir	01	Conhecer	04
Total		74		Total	33

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 4:

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continua)

UR	UNIDADES DE REGISTRO	CAIXAS		
		Cx1	Cx2	Cx3
1	Procuo fazer coisas corretas	●	●	
2	Possíveis, né?			●
3	Tomando remédios indicados na hora certa			●
4	Não provocar nenhuma falha			●
5	Que geralmente quase sempre não acontece			●
6	Quantos você trata? (2.000?)			●
7	É o HIV, né?			●
8	Como bem		●	
9	Tem uma parte que durmo pouco		●	
10	Quatro horas por dia		●	
11	Qualquer coisa que sinto já saio correndo	●	●	
12	Saio correndo, saio correndo, não espero		●	
Hábitos (estilo de vida)				
13	Eu acordo, eu acordo quatro e meia da manhã		●	
14	Levanto, tomo banho		●	
15	Faço meu café		●	
16	Tomo café		●	
17	Depois do café, escovo o dente		●	
18	Me arrumo, cinco e vinte estou saindo		●	
19	Só chego às sete da noite			●
20	Trabalho o dia todo			●
21	Sete e meia e no mais tardar oito horas			●
22	Durmo, não falo, não tenho pesadelo		●	
23	Alimento regrado		●	
24	Praticamente eu almoço		●	
25	Antigamente eu almoçava e jantava		●	
26	Agora, de uns meses para cá, eu só almoço bem para não jantar		●	
27	Aí eu faço lanche normal		●	
28	Sanduíche de queijo e presunto		●	
Sobre conhecimento da sífilis				
29	A sífilis é uma doença perigosa			●
30	Ela pode matar			●
31	É uma doença infectocontagiosa			●
32	Transmitida pela relação sexual			●
33	Até onde eu sei existem diversos níveis			●
34	Pode chegar à morte			●
35	Quando ela atinge o último estágio			●
36	O estágio é o conhecimento que tenho			●
37	É a gente que fala de... ou quanto			●
38	Aí eu não sei			●
39	É quando a pessoa já está cheia de... é o auge			●
40	Apresentando diversos sintomas da doença			●
41	Não sei ao certo			●
42	Eu cheguei a ler			●
43	Mas eu esqueci			●
44	Isso eu li lá quando era novo			●
45	Ela ataca o fígado, o coração, é o coração?			●
46	Li isso			

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continuação)

Sinais e sintomas da sífilis				
47	Não senti nada			●
48	Nenhum, nenhum, nenhum exame			●
49	Eu pedi para o médico fazer			●
50	Que pedisse todo tipo de exame no sangue que tiver que fazer			●
51	Descobri por acaso			●
52	Estava me sentindo assim meio assim			●
53	Devido ao estresse, porque eu sou estressado, eu senti que algo			●
54	Eu senti que algo (normal) eu tava dormindo muito cedo, muito cedo...			●
55	Eu estava com muita fadiga, cansaço			●
56	Eu trabalho o tempo todo no período			●
57	Muito estresse, aporrinhação e aquilo acumulado			●
58	Eu senti assim			●
59	Muita palpitação	●		
60	Não descobri por acaso não			●
61	Cansaço, muita palpitação e por isso que me levou a pedir exames			●
62	Muita palpitação de coração			●
63	Fiz eco, eletro não deu nada			●
64	Doppler colorido e tudo			●
65	O médico disse que eu não tinha nada			●
66	Fumo	●		
67	Agora reduzi mais ou menos cinco	●		
68	Antigamente fumava mais	●		
69	O meu coração não dispara quando fumo, pior que não			●
70	Minha ansiedade não aumenta a vontade de fumar	●		
71	Fui encaminhado para a imunologia			●
72	Não busquei outros serviços para tratamento			●
73	O que facilitou o diagnóstico			●
74	Ah, por eu ter... foi o que falei			●
75	Como é que fala assim			●
76	Foi eu ter solicitado os exames precocemente			●
77	Eu queria saber se tinha um outro tipo de problema			●
78	Nada			●
79	Já tomei a dose de imediato assim que foi falado			●
80	“Olha, está no estágio tal”			●
81	Aí já tomei duas doses hoje aqui			●
82	Aqui no hospital tem a facilidade de ter o diagnóstico			●
83	Tomei bem rápido, bem rápido			●
84	Já entrei com o tratamento imediato			●
Sobre o uso do preservativo				
85	Não utilizo em todas as relações, nem sempre...	●		
86	Nem sempre	●		
87	Expôr que as pessoas chegam e falam assim	●		
88	“Ah, porque eu uso, porque eu uso”	●		
89	Mentira			●
90	Tem sempre aquela aquecida ou então na hora não tá ali			●
91	Não, cara, eu sou tranquilo			●
92	Você também é tranqüilona, eu também			●
93	Pô, sou tranquilo			●
94	Quem vê cara não vê coração			●
95	Então, sempre tem aquele momento de tesão			●
96	É o ditado: quem vê cara não vê coração			●
97	Então tem sempre aquele momento de tesão que passa			●
98	Que a pessoa acha: “pô, ele é muito bonito, ela é muito bonita”			●

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continuação)

99	“Ah é, pô, tá saradão”			●
100	“Tá saradona, maior corpão”			●
101	Mal sabem as pessoas que hoje as pessoas têm mais capacidade muscular			●
102	As pessoas de boa aparência fisicamente			●
103	As pessoas consideradas, as pessoas <i>tops</i> que eles falam			●
104	São pessoas, mas estão doentes no Rio de Janeiro			●
105	São pessoas que mais estão doentes			●
106	Conheço pessoas que têm todo tipo de doença desde gonorreia até sífilis e HIV			●
107	Ela tem sífilis, tem gonorreia			●
108	Tem problema de fígado			●
109	Ela tem carcinoma			●
110	Ela tem vários problemas porque a cabeça dela é de...			●
111	Estou ferrado e vou ferrar meio mundo			●
112	É mulher e é mulher, né?			●
113	E é bonitona, você olha assim e é bonitona			●
114	Quando vejo que começa a aparecer coisa nela			●
115	Ela vai pro médico, toma os remedinhos pra diminuir			●
116	Ela sai contaminando o Rio de Janeiro inteiro		●	
117	Não usou preservativo...		●	
118	Eu não gosto de usar, confio no parceiro, então eu...		●	
119	Tava sob efeito de droga ou álcool			●
120	Ou estava ou eu não tinha disponível no momento	●		●
121	Aí vai assim mesmo, né?	●		●
122	E é aí é que tá, né?	●		●
123	Mas as pessoas, elas assim como elas	●		
124	Como elas fazem elas têm que assumir a culpa	●		●
125	Gente que não quer assumir a culpa			●
126	Não começa a jogar, não			●
Sobre parcerias				
127	Atualmente sim			
128	Antes eu não tinha, mas eu não era de bagunça			●
129	Nunca fui de bagunça			●
130	Aí é que tá, nunca fui de... eu saía é...			●
131	E, bebia, mas não ficava com ninguém			●
132	Quando você conhece uma pessoa que às vezes você acha que pode ser a pessoa certa			●
133	Geralmente, a pessoa, por eu conhecer, é uma pessoa que roda mesa, mundo nas boates			●
134	Ela faz, ela namora, ela faz tudo			●
135	Ela nunca pega uma pessoa errada			●
136	Por enquanto, né?			●
137	Mas assim eu sou			●
138	Eu sou muito caseiro			●
139	Sou muito aquela coisa pacata			●
140	Não sou um santo porque ninguém é santo			
Como lida com a sífilis				
141	Bom			●
142	A partir de agora não sei, né?	●		●
143	Porque eu tenho que checar	●		●
144	Porque ontem eu falei para a pessoa “ó, você vai...”			●
145	“Ah, eu tenho que arrumar dinheiro”		●	●
146	“Você trabalhando, não sei o que...”			●
147	Porque o exame não é caro			●
148	O exame de VDRL não é caro			●
149	Você tem que fazer			●

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continuação)

150	“Ah! Eu vou fazer, não sei o quê”			●
151	E a pessoa fica sempre escapulindo			●
152	Você tem que fazer			●
153	Eu tenho quase certeza que ele está em estágio avançado			●
154	Porque ele está muito emagrecido			●
155	Ele emagreceu muito			●
156	Ele está costelado como se diz			●
157	Costelado é a pessoa quando conheci			●
158	A pessoa tomava uns remédios num vidro			●
159	Então aquilo ali me chamava a atenção			●
160	E eu vi que a pessoa tem muito líquido que sai do pênis, um líquido esbranquiçado			●
161	É um líquido esbranquiçado que parece esperma			●
162	Mas não é			●
163	E eu sei que aquilo pode ser coisa relacionada à sífilis			●
164	Ainda não fez testes das parcerias			●
165	Ainda não, mas vai ter que fazer			●
Reação quando a mulher pede camisinha				
166	Sim. É direito dela.			●
167	Não só dela como de qualquer pessoa, tipo assim			●
168	É... a pessoa exige e se realmente ela não tiver nada			●
169	Ela vai respeitar o direito da outra, entendeu?			●
170	Se a pessoa insistir muito é sinal e sinal que a pessoa tem que desconfiar			●
171	Não pago para transar			●
172	Apesar de que vou para o 5º mês que não faço nada			●
173	Tô sem relação nenhuma			●
174	Tô ficando frio			●
175	Acho que tô ficando, sei lá...			●
176	É como diz meu amigo, assexuado é?			●
177	É mais fácil se eu soubesse que isso poderia acontecer com qualquer pessoa			●
178	Você pegar uma gonorreia, uma sífilis			●
179	É mais fácil sair na mão			●
180	Do que arrumar um problema para a sua vida			●
181	Tem um amigo de 27 anos que ele é virgem, cara!			●
182	Ele fala, “cara do jeito que tá todo mundo hoje”			●
183	“Eu tenho medo”			●
184	“Sei lá, da primeira eu me ferrar todo”			●
185	Então prefiro ficar nos cinco contra, a chamar São Pedro e São Paulo e acabou, coisa de homem			●
Sobre as lesões				
186	Não tenho lesões			●
187	Nenhum... nenhum, normal porque eu só...			●
188	Só aquele corrimento, né?			●
189	Aí tratou direito, né?			●
190	Corrimento amarelado viscoso			●
191	Que eu corri logo que eu sabia			●
192	Que eu tinha quase certeza que era gonorreia			●
193	O médico constatou que era gonorreia			●
194	Mas ele não fez exames			●
195	Ele não olhou, falou que era gonorreia			●
196	Com antibiótico via oral			●
197	No 3º dia eu sei que não tinha mais nada			●
198	Mas eu continuei porque ele falou quando parar...			●
199	O corrimento foi após relação sexual, foi, foi, foi			●
200	Anal, não tinha nada, nenhum problema			●

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continuação)

201	Eu sou uma pessoa que olho o meu corpo no banho			●
202	Eu levanto meu braço			●
203	Tem gente que fala assim “pô, isso é coisa de mulher”, não é?			●
204	Eu quando tô ensaboando, deixo a minha mão leve e deixo escorregar			●
205	Para ver se não tenho nódulo, íngua aqui			●
207	Eu vejo por aqui, eu olho			●
208	Eu vejo a parte aqui da pélvica			●
209	Eu boto a mão			●
210	Aí eu não faço movimentos circulatórios para ver se tenho alguma coisa, entendeu?	●		●
211	Eu olho para ver se não tenho nenhum tipo de caroço	●		●
212	Eu estico prum lado, eu jogo o corpo pro lado	●		●
213	Olho para ver se não tem	●		●
214	Olho pro outro para ver se não tem	●		●
215	O tempo todo eu olho para ver se não tem alguma coisa	●		●
216	Alguma novidade como diz, né? no meu corpo	●		●
Sobre conhecimento de alguém com sífilis				
217	Não conheço ninguém que eu saiba não	●		●
218	Nunca. Conhecidos tem uma vizinha de frente	●		●
219	E ela começou a fazer “bezetacil”	●		
220	Tanto que perdeu um filho			●
221	Ele nasceu morto com a doença			●
222	Nasceu com sífilis congênita			●
223	É, mas ele nasceu morto porque ele já...			●
224	Eles olharam para aquele feto e eram bolhas			●
225	Aspecto de... porque a criança em si...			●
226	Ela ficou fazendo, depois disso, ela, a médica disse: “não pode ter relação sexual”			●
227	“Você não pode engravidar agora”			●
228	“Você tem que fazer o tratamento”, ela tomou “bezetacil”, parou depois			●
229	O marido dela é um que pega um monte de mulher			●
230	Faz um monte de merda			●
231	Ela não tinha um parceiro fixo			●
232	Mas do tipo assim, eles brigavam muito			●
233	Aí ela saía com outros homens, entendeu?			●
234	Mas agora ela teve uma menina			●
235	Parece que a menina não tem			●
236	Fez exame, parece que ela também, não			●
237	Não sei se isso tem cura, a sífilis			●
238	Ela falou que ficou curada			●
239	Porque ela tomou vergonha			●
240	Ela ficou fazendo o processo e as medicações, todinha.			●
241	Tanto que ela teve um filho morto			●
242	Eu vi a criança cheia de bolha			●
243	Aí ela teve uma menina saudável			●
244	A sorte dela é que não contraiu HIV			●
Ritual ou simpatia relacionada à sífilis				
245	Não conheço e nem ouviu falar			●
246	A gente fala isso porque a nossa medicina popular é muito rica			●
247	Eles sempre dão receita de chazinho			●
248	Pra eliminar, chá disso, chá daquilo			●
249	Cura até que falte dinheiro			●
250	É verdade			●
Como se previne após o diagnóstico				
251	Fazendo o tratamento, né?, a curto prazo			●

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (continuação)

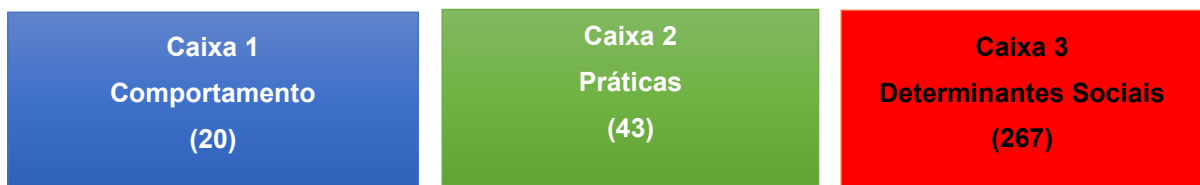
252	Se for o caso, eu quero ficar bom disso, né?			●
253	Já que o exame deu esse negócio de sífilis			●
254	Tipo assim, me inibir			●
255	Já tô a quase seis meses, me inibir			●
256	Agora é obrigatório os cinco passos que o doutor já falou			●
257	Uso camisinha	●		
258	Não gosto			●
259	Não confio no parceiro	●		
260	O parceiro não gosta	●		
261	Somente sob efeito do álcool			●
262	Porque as pessoas tão assim			●
263	Por que elas fazem isso com as outras pessoas?			●
264	Não têm consciência			●
265	Fiquei assustado			●
266	É, fiquei assustado			●
267	Eu fiquei triste, tipo agora a minha vida acabou			●
268	Mas aí eu vi que não			●
269	Porque a religião que eu acredito. Kardecista			●
270	Então eu vi assim, pô, eu fui e voltei do tempo e falei			●
271	Não é essa pessoa, não, não é essa pessoa, não é			●
272	Ah, eu tô ligando para você pra avisar que não sei o que			●
273	Não sei o que já aconteceu e não entendi nada			●
274	Por que ela fez isso?			●
275	Tá maluco, o que é isso?			●
276	E essa pessoa que fez isso comigo			●
277	Porque eu analisei cada pessoa que sai e as pessoas estão bem hoje			●
278	Sim. Já superei isso			●
279	Mas é aquele ditado – tudo que a gente faz aqui, a gente paga			●
280	A gente resgata			●
281	Hoje a pessoa se encontra dividida do problema, a pessoa se encontra parálitica			●
282	Não por conta da doença e sim por conta das maldades			●
283	Porque aqui é uma lei do retorno			●
284	Aqui se faz, aqui se paga			●
285	“Ah! Tô fazendo, tô fazendo e não acontece nada”			●
286	Lá na frente algo espera por ele			●
287	É, mas agora é só se alimentar bem, trabalhar			●
288	É, eu nem, eu nem, uma vez passei por uma psicóloga aqui, há pouco tempo			●
289	Me falou: “mas o senhor tá bem”, eu tô bem			●
290	O que me abalou, não me abala mais, entendeu?			●
291	Então a gente deixa			●
292	O barco tem que seguir			●
293	E assim, um dia todos nós vamos, de que, que horas isso eu sei			●
294	Mas a minha mente foi apagada para eu não saber o dia			●
295	A hora que vou falecer			●
296	Eu sei que eu vou morrer, mas ele não permite que saibamos e que			●
297	Ah! Imagina se fosse assim...			●
298	“Gente, eu vi tudo que vai acontecer comigo”			●
299	“Eu vou morrer tal dia”			●
300	“Vou morrer de tiro”			●
301	“Vou morrer de facada”			●
302	“Vou cair, vou morrer porque caí do andar”			●
303	“Eu vou morrer assim, porque Deus me falou tudinho”			●
304	Só que... entendeu?			●

Quadro 9 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 4 (conclusão)

305	Consciente que tem que trabalhar			●
306	Não. Mas me alimento bem, como verduras, saladas		●	
307	Procuro comer coisas		●	●
308	Eu falo sementes, né?		●	●
309	Relacionada à semente que não faz mal para os rins, entendeu?		●	
310	Tem uma que pode prejudicar os rins		●	
Total 330		20	43	267

Nota: Azul – Comportamento (Caixa 1); verde – Prática (Caixa 2); vermelha – Determinantes Sociais (Caixa 3).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 4:

A análise das 330 UR referentes ao Cliente 4, divididas nas três caixas, aponta que existem também no Cliente 4 **Comportamentos** e **Práticas veladas** dentro dos elementos contidos na Caixa 3 – ao expressar preocupação com a contaminação e dúvidas quanto aos sinais e sintomas da sífilis e outras IST, bem como ao mostrar ser organizado com a saúde, ter cuidado com a alimentação saudável e tranquilidade para seguir o tratamento – que desconstroem o cuidado sobre si mesmo por ele referido, principalmente ao mostrar-se muito preocupado com a neurosífilis e a possibilidade de morte. Todas as afirmativas estão nas 406 ocorrências verbais (**palavras plenas**) decodificadas, apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 4

Acabou	01	Deixar	02	Poder	09
Avisar	02	Dançar	01	Pegar	01
Aumentar	01	Esquecer	02	Passar	08
Alimentar	08	Escovar	03	Procurar	02
Almoçar	04	Estar	30	Respeitar	02
Acumular	04	Encontrar	03	Ser	80
Atingir	01	Facilitar	02	Sentir	06
Acabar	01	Ficar	04	Sair	10
Apresentar	01	Falhar	07	Saber	17
Acontecer	03	Fazer	24	Superar	03
Atacar	02	Ficar	07	Sofrer	02
Arrumar	03	Facilitar	02	Tentar	02
Aparecer	02	Ferrar	02	Tirar	02
Achar	02	Falar	08	Tratar	07
Acordar	03	Falta	02	Tornar	03
Assumir	03	Gostar	06	Ter	55
Arrumar	03	Ir	20	Tomar	05
Analisar	01	Levantar	02	Transmitir	03
Abalar	01	Levar	03	Utilizar	03
Botar	02	Ligar	02	Usar	07
Buscar	01	Morrer	06	Vir	06
Brigar	01	Nascer	05	Ver	22
Começar	05	Olhar	06	Total	406
Conhecer	05	Parar	05	Caixa de Verbos	
Confiar	03	Piorar	03		
Constatar	03	Perder	02	Ser	80
Chegar	07	Pedir	02	Ter	55
Chamar	02	Preferir	02	Estar	30
Descobrir	10	Parecer	02	Fazer	24
Dar	04	Procurar	02	Ver	22
Dormir	01	Perder	02	Ir	20
				Total	231

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Do Cliente 5:**Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continua)**

Cliente 5: R.L.M.G., 46 anos, usuário de drogas, reinfecção de sífilis, punção líquórica, HIV+, tratamento para neurosífilis.					
UR	Unidades de Registro	Caixas			
		Cx1	Cx2	Cx3	
Modos de cuidar da saúde					
1	É. Eu me cuido em Engenho de Dentro		●		
2	Em uma Clínica da Saúde			●	
3	Dr. [nome da médica] é imunologista			●	
4	Sempre vou para lá fazer exames		●		
5	Pego os remédios da própria farmácia dessa Clínica da Família			●	
6	Então todos os meses eu tô lá pegando remédio			●	
7	Me cuido com a doutora [nome da médica]		●		
8	Que passa os exames de sangue			●	
9	Verifico que eu sou soropositivo			●	
10	Minha carga viral está zerada			●	

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continuação)

11	Já há um tempo devido aos remédios que eu tomo que pego na farmácia			●
12	Eu tô com 46 anos			●
Seus hábitos				
13	Acordo cedo, muito cedo		●	
14	Faço as coisas em casa		●	
15	Eu tenho um salão de beleza onde trabalho com meu companheiro nesse salão		●	●
16	O salão é na própria residência			●
17	Nós fizemos na parte da frente da casa um salão de beleza			●
18	Então eu acordo cedo		●	
19	Minha rotina é limpar tudo, preparar tudo para atender os clientes		●	
20	Então, eu não tenho, eu não saio muito à rua para pegar ônibus, para ir para trabalho		●	
21	Carro não			●
22	Eu trabalho e moro no mesmo local			●
23	Então é até um agente facilitador			●
24	Mas eu acordo muito cedo		●	
25	Eu acordo cinco horas da manhã		●	
26	Começo a trabalhar cedo			●
27	Começo a trabalhar muito cedo			●
28	Durmo bem		●	
29	Durmo até cedo		●	
30	Às vezes antes da novela das nove já tô dormindo		●	
31	Eu acordo muito cedo		●	
32	Então eu durmo e durmo a noite toda		●	
33	Não tenho insônia de madrugada		●	
34	Eu acordo de madrugada porque tenho dois cachorros		●	
35	Então se tenho que colocar, que abrir a porta para eles irem pro quintal			●
36	Pra fazer xixi e voltam para dentro de casa			●
37	Então tem a rotina de acordar no meio da madrugada, por causa deles			●
38	Não tem pesadelo			●
39	Não sou sonâmbulo			●
40	Há anos, há muito tempo eu estava caindo em uma depressão			●
41	Mas eu mesmo lutei contra isso		●	
42	Eu sou uma pessoa que sou muito bem-humorado		●	
43	Já acordo desde de manhã cedo tentando brincar		●	
44	Sou bem-humorado o dia inteiro		●	
45	São poucas as vezes que vai me ver de mau humor		●	
46	Agora, quando tô com muita fome, como tô agora		●	●
47	Chega a hora do meu mau humor (risos)			●
Conhecimento sobre a sífilis				
48	É a sífilis é uma DST	●		
49	Eu adquiri essa sífilis realmente por não usar preservativo	●		
50	Fui usuário de drogas como tinha falado com o Dr. [nome do médico], durante alguns anos			●
51	Quando uso as drogas, você acaba se sentindo imune a tudo			●
52	O <i>superman</i> e nada vai te acontecer			●
53	Só acontece com os outros			●
54	Então foi assim que conheci a primeira			●
55	A primeira vez que tive sífilis			●
56	Há, logo assim que descobri			●
57	Também era soropositivo			●
58	Uns sete anos mais ou menos			●

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continuação)

Tratamento				
59	Tratei		●	
60	Tratei a sífilis e já comecei com o acompanhamento com a infectologia			●
61	Logo de cara ela não me colocou no remédio			●
62	Parece que mudaram a metodologia de tratar os soropositivos			●
63	Então ela não deixou a minha carga viral aumentar			●
64	Meu CD4 e CD8 sempre foram muito bons			●
65	Entrei no coquetel			●
66	Tive injeção logo de cara, me deu mais depressão ainda			●
67	Aí, foi a época que me dava insônia, me dava tudo			●
68	Aí ela mudou os remédios			●
69	Depois da mudança dos meus remédios, a carga viral zerou			●
70	Há um tempo não tenho a minha carga viral zerada			●
71	Mas em compensação o próprio remédio aumentou o meu colesterol			●
72	Nessa época eu tinha plano de saúde			●
73	Fui ao médico e ele desconfiou que eu pudesse estar com neurosífilis			●
74	Fiz exames			●
75	No meu corpo não tinha nada			●
76	Mas as minhas taxas de sífilis não caíam			●
77	Ele me pediu para fazer exames			●
78	Eu fiz líquido espinhal			●
79	Foi diagnosticado que eu estava com neurosífilis			●
80	O médico era do Instituto Pasteur			●
81	E foi o que aconteceu			●
82	Eu me internei			●
83	Fiquei sete dias internado			●
84	Os sete dias fiquei de <i>Home Care</i> em casa			●
85	Porque o próprio Pasteur mandou o <i>Home Care</i> pra minha casa			●
86	Já que o tratamento da neurosífilis é de quatro em quatro horas para aplicar a penicilina			●
87	Não seria necessário que eu ficasse ocupando leito hospitalar			●
88	Tem muitas complicações, né? No caso da neurosífilis			●
89	Eu acredito que tenha, pode dar cegueira			●
90	Falta de memória, é... problema de locomoção			●
91	Então tem, pode acontecer várias coisas quando não tratar			●
92	Pode morrer também			●
93	Não, não sei a causa mais comum			●
94	Já ouvi falar de infarto			●
95	Sim, inclusive sou propenso a infartar			●
96	Já tive uns problemas de infarto, há uns tempos atrás			●
97	Dois anos atrás. Eu fiz exame de enzimas e constatou que eu tinha infartado			●
98	E não é até muito perigoso no meu caso			●
99	Eu tenho tendência a infartar			●
100	Não tive sinais e sintomas			●
101	Eu não tive nada de diferente no meu organismo			●
102	Até mesmo com a carga viral tá controlada			●
103	Minha saúde tá boa			●
104	Tive um cancro há um tempo atrás quando era sífilis normal			●
105	Tratei com benzetacil e sumiu			●
106	A manchinha que apareceu no pênis sumiu			●
107	Essa machinha eu tive			●
108	Não. Não caiu a sífilis			●

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continuação)

109	Na época que fiz essas três semanas de benzetacil para a mancha que estava no pênis sumiu			●
110	Achei que estava curado			●
111	Não tinha mais nada			●
112	Minhas taxas no exame de sangue não caíram			●
113	Não busquei outros serviços			●
114	Não, só a minha médica que indicou a penicilina			●
115	Tomei dobrado três semanas seguidas			●
116	O que facilitou o diagnóstico foi a mancha no pênis			●
117	Essa do pé, como não é na sola do pé, é por cima do pé, eu nem cheguei a te procurar			●
O que facilitou o diagnóstico				
118	Não associei à sífilis			●
119	Cheguei até a procurar um dermatologista			●
120	Que na época ela não tinha associado à sífilis			●
121	Porque a sífilis geralmente é na palma da mão			●
122	Ou na sola do pé			●
123	Como é em cima do pé, ela não associou			●
124	E de repente era			●
125	Foi dos profissionais, com certeza			●
126	Olha é... como uma pessoa normal			●
127	Uma pessoa assim com a cara limpa sem usar drogas			
128	Mas é, bastou a usar drogas			●
129	Por isso que é um alerta muito importante			●
130	Eu acho que as pessoas estão muito preocupadas com o número de HIV que aumenta			●
131	A minha de sífilis que aumenta			●
132	As doenças sexualmente transmissíveis que aumentou			●
133	Se de repente o governo se preocupasse mais com o cuidar das pessoas que usam drogas			●
134	Porque quando uma pessoa usa droga			●
135	Tudo aqui seria normal fazer sem a droga, com a droga não existe, não existe			●
136	Não existe camisinha com a droga			●
137	Não existe e as formas de contágio acabou sendo muito maior			●
138	Porque não é medido, nada é medido			●
139	Então, quando eu digo que o HIV aumenta			●
140	A sífilis aumenta			●
141	As outras doenças sexualmente transmissíveis na maioria das vezes estão associadas a drogas, não teria tanto caso			●
142	Por exemplo sou um caso que se tivesse usado drogas, não teria tanto caso			●
143	Hoje não estaria fazendo tratamento para neurosífilis			●
144	Se perde a referência do certo e do errado			●
145	Lógico que alguns casos eu via que – “ah, um matou o outro na rua porque estava drogado”			●
146	Então, não sei a que ponto leva a droga na cabeça de outras pessoas			●
147	Na minha cabeça e na cabeça de muita gente que eu conheço, a droga serve de uma válvula sexual			●
148	Então eu usava a droga para o sexo, para mais nada			●
149	Não era para fazer confusão			●
150	Não era para brigar			●
151	Não era para matar ninguém			●
152	Não era para roubar, não			●
153	A droga estava associada ao sexo			●
154	Aumenta			●

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continuação)

155	Que é um consenso porque ao mesmo tempo que a cocaína faz isso de aumentar o estímulo			●
156	A própria cocaína ela é brochante			●
157	Então, aí o que acontecia?			●
158	Usava cocaína e viagra			●
159	Eram duas coisas			●
160	A pessoa tem a tendência a infartar, que é muito mais perigoso			●
161	Imagina o absurdo que é vir a cocaína, aí toma viagra e muita gente bebe uísque			●
162	Então se não houvesse a cocaína, não seria preciso tomar viagra			●
163	Não precisaria tomar uísque			●
164	Tenho um parceiro há 18 anos			●
165	No início, antes das drogas, era um parceiro fixo pra tudo			●
166	Hoje é um parceiro para a vida não sexual	●		●
167	Tá isento da doença			●
168	Mesmo porque ele não faz mais, não tem mais o ato			●
169	Nossa parceria hoje, de uns anos para cá, é parceria de alma espiritual	●		●
170	Virou um irmão, um companheiro			●
171	Um toma conta do outro			●
172	Tanto que ele está lá fora me aguardando e hoje é um dia de trabalho no salão			●
Quando a mulher solicita camisinha				
173	É direito dela		●	●
174	É, é lógico		●	
175	Não pago	●		
176	(É uma prática comum pagar?) É comum, eu sei, entendo, inclusive conheço que fazem		●	
177	Nos últimos meses não tenho lesões		●	
178	Tive antes quando fiz o tratamento			●
Simpatia para tratar a sífilis				
179	Não conheço ninguém que fala de sinais popular			●
180	Nunca ouvi			●
181	Se tivesse ouvido não acreditaria			●
182	Sífilis tem que ser tratada de forma correta			●
183	Não é uma receita caseira			●
Prevenção e consciência da sífilis				
184	Sim, eu falei e volto a falar			●
185	Em sã consciência com a cara limpa, eu sei de todos os riscos			●
186	Eu não faria para que eu entrasse nos riscos			●
187	A luta é contra as drogas		●	
188	Por isso que falo sobre a importância que são os órgãos do governo			●
189	É a religião que segura para você não cair			●
190	Lutar muito contra as drogas		●	
191	Não como o nosso governo diz			●
192	O que me segura é a religião		●	
193	Eu sou da umbanda		●	
194	Eu trabalho no centro		●	
195	Então, isso me segura muito		●	
196	Os meus animais dois e dentro de casa			●
197	O que eu sei é que tenho que cuidar deles			●
198	Então, os meus animais são importantes para mim			●
199	Eu tenho dois gatos e dois cachorros			●
200	Então se eu passar cinco dias usando drogas, são cinco dias que eles não se alimentam direito			●

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (continuação)

201	É, não cuido deles e então...			●
202	Tudo isso passa na minha cabeça			●
203	Então, assim a importância que é			●
204	Deixando claro também que não é como nosso governador falou			●
205	A violência hoje está do jeito que está porque os drogados vão lá			●
207	E pagam ao traficante comprando as drogas e arma dos traficantes			●
208	Eu acho que o governador teria que tratar também			●
209	Fazer um tratamento para ele saber o que é a doença e o que não é a doença			●
210	É um cara que tá no governo			●
211	Um chefe de estado que trata a pessoa que usa como marginal também			●
212	Não sabe ele o que é doença			●
213	Eu a partir de um tempo pra cá, por um lado foi bom			●
214	Lógico que nunca é bom usar drogas			●
215	Mas, por um outro lado foi bom			●
216	Porque eu era uma pessoa que discriminava muito as pessoas que usavam drogas			●
217	Que eu via pela rua e nós só na rua em outros locais			●
218	É importante ressaltar que, por exemplo, vou dormir que é clássico aqui no Brasil			●
219	V.F.F.A., eles têm dinheiro para se tratar nas melhores clínicas			
220	Eles têm a Globo que banca eles			●
221	É muito fácil eles se tratarem e voltarem ao trabalho, são atores			●
222	As pessoas ainda tiram <i>selfie</i> com eles			●
223	Agora, aquele cara que está lá caído na rua, eles não têm como se cuidar			●
224	Uma vez eu fiz uma visita ao hospital que cuidam das pessoas			●
225	No Hospital Psiquiátrico de Jacarepaguá			●
226	É tão absurdo o hospital, as pessoas enjauladas			●
227	A minha irmã não soube, não soube tratar comigo da melhor forma possível			●
228	Ela achou que ela tinha que me jogar em um lugar como esse			●
229	Me internar de qualquer jeito			●
230	Ela tinha um amigo médico que pediu para que eu fosse internado			●
231	Quando eu cheguei o médico falou: “[nome do entrevistado], se você internar aqui vai ficar louco”			●
232	Você não precisa entrar aqui			●
233	Você pode fazer o tratamento fora			●
234	Então, o que eu pediria era maiores chances dessas pessoas se tratarem em um lugar legal			●
235	Como alguns têm possibilidades e outros não			●
236	É. Por exemplo, quando fiz o tratamento			●
237	Tô tentando fazer isso para saber se é neurosifilis			●
238	Deus queira que não, mas se for...			●
239	Tem tratamento e eu vou fazer			●
240	Que vai mudar na minha vida assim			●
241	É que volto a falar			●
242	Acho que em todas as respostas, inconscientemente eu sou uma pessoa que estudei			●
243	Eu me formei			●
244	Sou formado em matemática e informática			●
245	Tenho duas faculdades			●
246	Então em sã consciência não faria os erros que eu fiz			●

Quadro 11 – Unidades de Registro da Entrevista do Cliente 5 (conclusão)

247	Se eu tivesse a crise novamente			●
Total	249	5	35	209

Nota: Azul – Comportamento (Caixa 1); verde – Prática (Caixa 2); vermelha – Determinantes Sociais (Caixa 3).

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A entrevista do Cliente 5 gerou 249 UR.



Ressaltaram-se na entrevista do Cliente 5 as falas sobre a infecção; o uso de drogas e sua interferência no tratamento; e o cuidado com o companheiro, além de implicações de afeto, medo do desconhecido e solidão relacionadas à sífilis.

As afirmativas do Cliente 5 totalizaram 253 ocorrências verbais (**palavras plenas**), as quais foram decodificadas no Quadro 12.

Quadro 12 – Verbos de Maior Ocorrência do Cliente 5

A cordar	05	E studar	01	R eceber	02
A dquirir	01	F azer	08	S er	48
A cabar	01	F or	01	S air	03
A contecer	03	F icar	03	S aber	04
A umentar	01	F alar	04	S umir	03
A creditar	04	F acilitar	02	S egurar	01
A contecer	01	F ormar	01	T er	21
A parecer	02	I r	07	T omar	04
A char	02	I nteressar	01	T entar	02
A ssociar	01	I nfartar	04	T rabalhar	04
B rincar	01	I ndicar	01	T ratar	08
B uscar	01	L utar	03	U sar	08
C uidar	05	L impar	02	V oltar	02
C hegar	01	M udar	05	V erificar	01
C onhecer	02	M orrer	04	V er	03
C omeçar	02	O cupar	02	Z erar	01
C olocar	02	O uvir	02	Total	250
C air	02	P egar	02	CAIXA DE VERBOS	
C hegar	03	P assar	01	S er	48
D eixar	05	P reocupar	01	T er	21
D ar	08	P reparar	01	E star	16
E star	16	P arecer	01	F azer	08
E xistir	05	P edir	01	D ar	08
E nterar	01	P oder	02	I r	07
E nfartar	02	Q uerer	01	Total	108

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.




Quadro 13 – Síntese Geral das Unidades de Registro dos Cinco Participantes

Cliente	Unidades de Registro
1	121
2	143
3	59
4	330
5	250
Total	902 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O Quadro 14 apresenta as UR produzidas na organização dos dados das Caixas 1, 2 e 3, representadas em 100%.

Quadro 14 – Caixas

Caixas	cor	n.	%
Caixa dos Comportamentos		65	7,2
Caixa das Práticas		167	18,5
Caixa dos Determinantes Sociais		670	74,3
Unidades de Registro		902	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quadro 15 – Verbos de Maior Ocorrência

Cientes	Verbos	Maiores Ocorrências	
1	118	Ter	21
		Ser	10
		Vir	07
		Prevenir	06
		Entender	04
		Total	48
2	150	Ser	29
		Ter	24
		Ir	12
		Achar	08
		Estar	08
		Falar	08
		Total	89
3	74	Estar	11
		Ser	10
		Fazer	08
		Conhecer	04
		Total	33
4	406	Ser	80
		Ter	55
		Estar	30
		Fazer	24
		Ver	22
		Ir	20
		Total	231
5	253	Ser	48
		Ter	21
		Estar	16
		Fazer	08
		Dar	08
		Ir	07
		Total	108

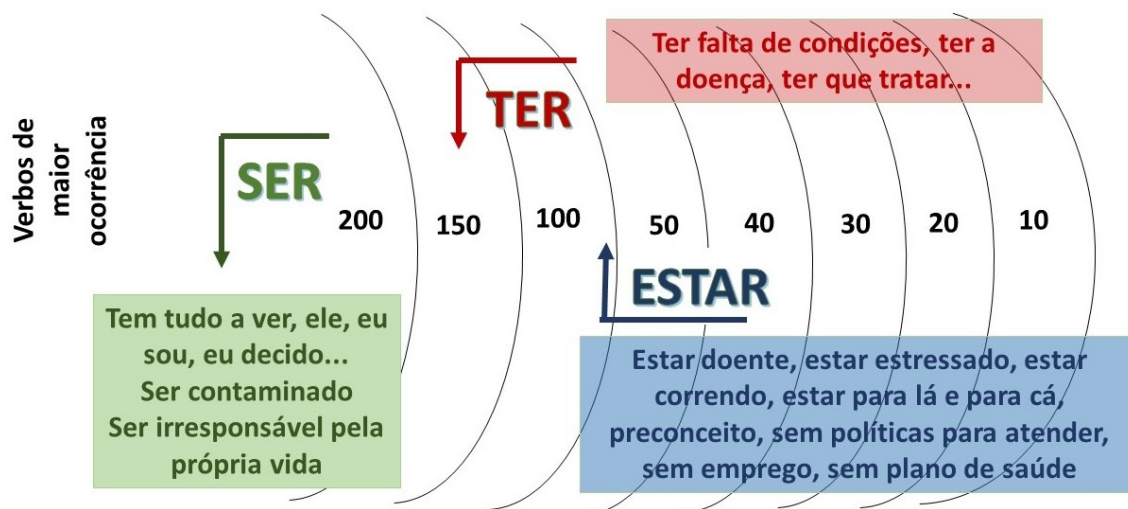
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quadro 16 – Síntese Geral dos Totais de Verbos com Destaque para os Verbos de Maior Ocorrência em Cada Entrevista

Ser	177	Estes verbos apareceram em diversos tempos: presente, passado, futuro, condicional.
Ter	121	
Estar	65	
Fazer	40	
Ir	39	
Ver	22	
Falar	08	
Achar	08	
Dar	08	
Vir	07	
Prevenir	06	
Total	501	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Figura 2 – Ilustração dos Verbos de Maior Ocorrência (Ser, Ter, Estar)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

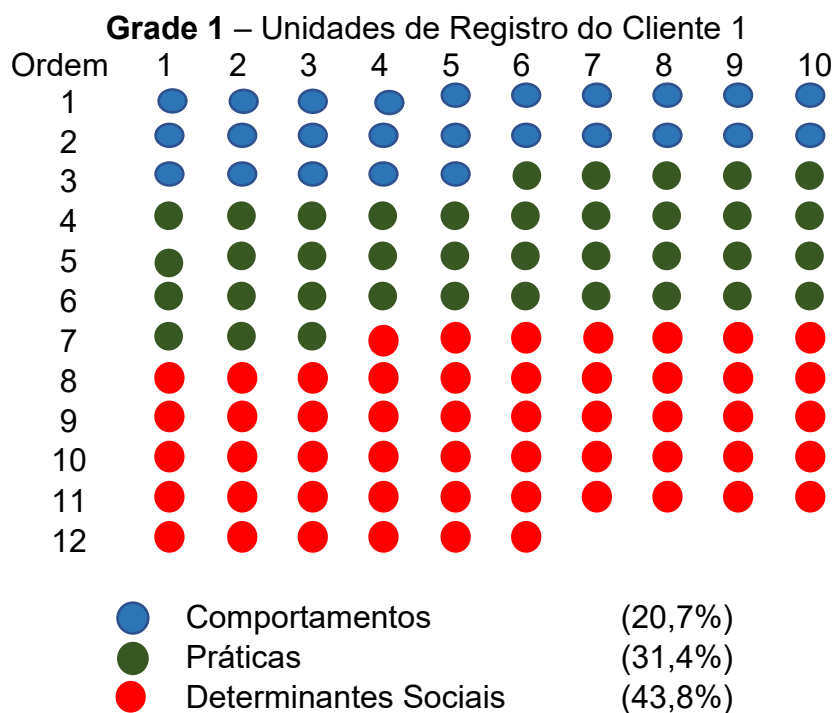
A seguir, serão apresentados os resultados de cada um dos cinco clientes que responderam sobre o comportamento e as práticas de homens com diagnóstico de sífilis, destacando-se o número de ocorrências sobre o tema em UR conforme orientado por Bardin (2011, p. 130).

A UR corresponde ao seguimento de conteúdo (significação) e à representação mental relacionada a uma forma linguística, um sinal, um fato, um gesto, àquilo que em sigilo quer dizer acepção e sentido (da sífilis).

Essa unidade de base visa a categorização e contagem frequencial, que pode ser de natureza e dimensões muito variáveis. No presente estudo, recortou-se, a nível semântico, o termo sífilis.

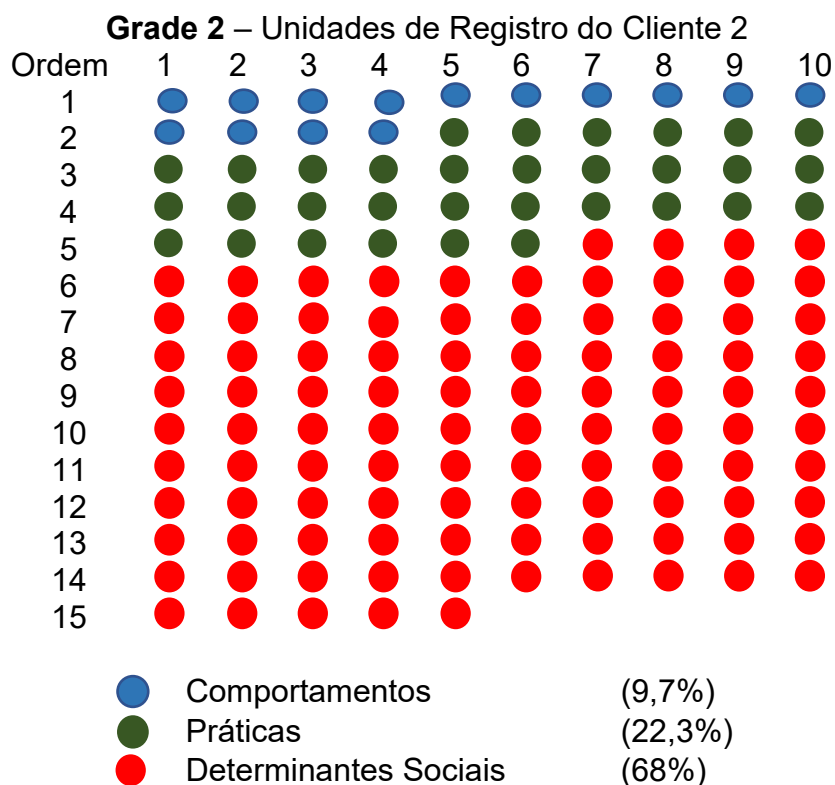
Cabe salientar que este processo de organização sucedeu-se com a alocação das UR destacadas no texto nas respectivas caixas, sendo que as Caixas 1 e 2 foram identificadas, *a priori*, como atinentes ao Comportamento (Caixa 1) e às Práticas (Caixa 2), reservando-se a Caixa 3 para o que pareciam ser os Determinantes Sociais.

Em relação ao **Cliente 1**, produziram-se 116 UR, o que significa que 100% delas foram submetidas à matematização do que foi identificado como **comportamento** (25 UR), **práticas** (38 UR) e **determinantes sociais** (53 UR).

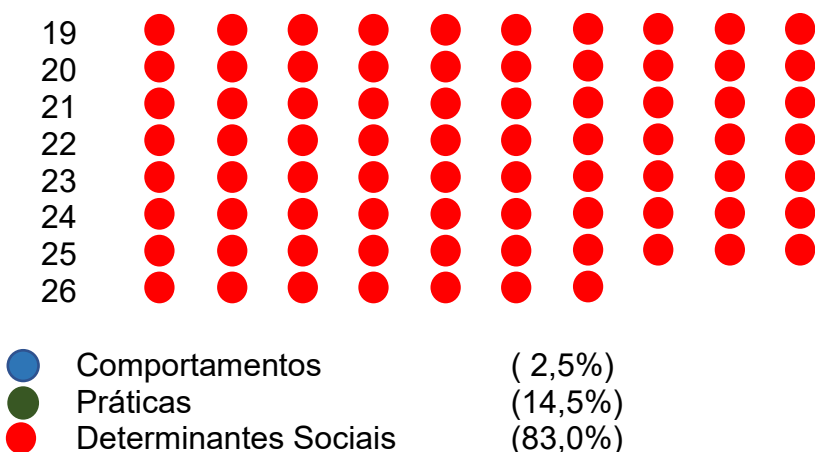


Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O **Cliente 2** gerou 143 UR, tendo 100% delas submetidas à matematização do que foi destacado como **comportamento** (14 UR), **práticas** (32 UR) e **determinantes sociais** (97 UR).



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Grade 5 – Unidades de Registro do Cliente 5 (conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

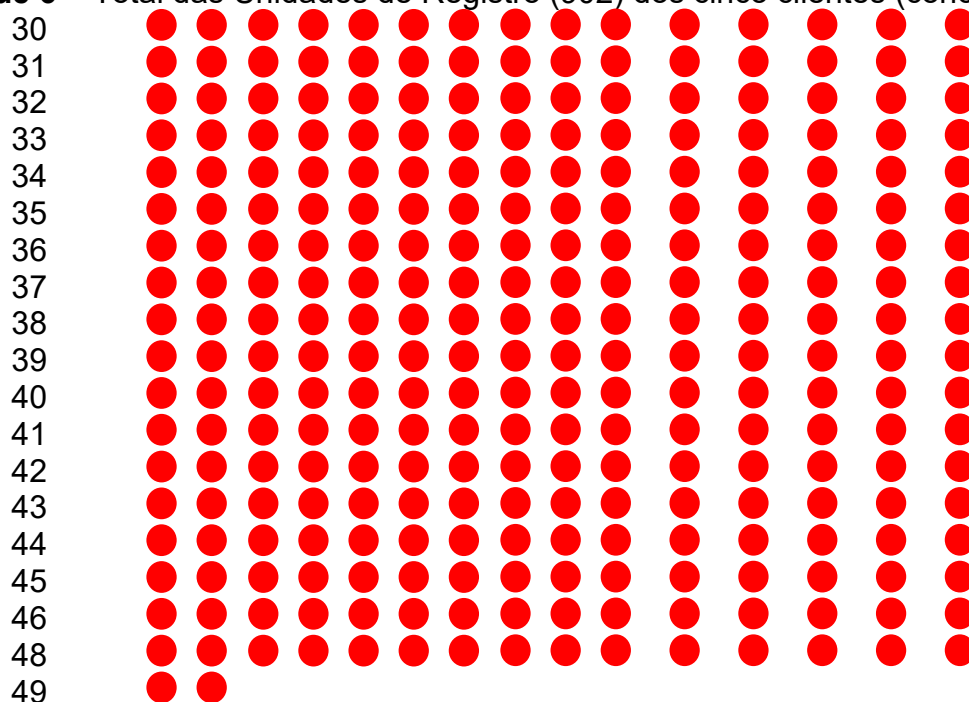
No Quadro 17, observam-se os **verbos** que justificam o que pensam e sabem sobre Ser, Ter e Estar com sífilis os Clientes 1, 2, 3, 4 e 5.

Quadro 17 – Ser, Ter e Estar com sífilis dos Clientes 1, 2, 3, 4 e 5

Clientes	Verbos	Verbos de Maior Ocorrência		
		Ter	Ser	Estar
Cliente 1	118	Ter	21	
		Ser	10	
		Total		31
Cliente 2	50	Ser	29	
		Ter	24	
		Estar	08	
		Total		61
Cliente 3	74	Estar	11	
		Ser	10	
		Total		21
Cliente 4	406	Ser	80	
		Ter	55	
		Estar	30	
		Total		165
Cliente 5	253	Ser	48	
		Ter	21	
		Estar	16	
		Total		85

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Grade 6 – Total das Unidades de Registro (902) dos cinco clientes (conclusão)



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A preocupação do porquê os homens continuam se infectando e a tendência de pensar que eles são responsáveis por isso é um desafio quando se olha para os dados que dizem maciçamente que os responsáveis pelo comportamento e práticas são **agenciados** pelos **determinantes sociais**.

A **sífilis** faz parte da vida, do corpo desses homens, que **são, estão e têm** a doença, acreditando que pode ser um caminho sem volta que leva à morte. Eles entram em um mundo que considera o sexo apenas pelo prazer, relatam o sentimento de euforia e afirmam que é difícil controlar o “impulso”, especialmente ao usarem drogas que aumentam o prazer, e que o excesso de drogas “brocha”.

Os dados construídos a partir de suas falas sobre o significado de **ser**, de **estar** e **ter sífilis** vão além do que está dito como discurso e como práticas (imediatas); simbolizam a “natureza compulsiva” do ser humano, principalmente quando a doença é decorrente de práticas sexuais em que a busca pelo prazer não tem limites. Essa compulsividade se revela, por exemplo, quando dizem misturar viagra com cocaína para ter um prazer maior, mesmo que seja efêmero, mesmo sabendo que podem **morrer, reinfectar-se** ou **infectar** o **outro** que eles culpam como responsáveis por sua doença.

O **comportamento (hábito)** é de **risco** – eles sabem, mas continuam em risco. Assim, embora as **práticas** sejam **arriscadas**, concluiu-se que os participantes tinham consciência e livre arbítrio em relação aos seus atos, questão que extrapola as paredes dos ambulatórios e hospitais. Diante de tais constatações, é mister que os profissionais de saúde pensem nas políticas, em seus modos de tratar e cuidar, na educação, considerando a impossibilidade de resolver o problema “apenas” com o tratamento da sífilis.

Foram resgatadas algumas falas para construir melhor o conhecimento e ampliar a reflexão, sorteando-se algumas UR. Para o sorteio, foram usadas as pedras do jogo de bingo, de modo que os pesquisadores não se comprometeram com a escolha das unidades.

Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo (continua)

Azul
Cuido da minha saúde
De minha vida material
Ter o melhor possível
Alimentação
Cuida da matéria
Sempre procurei ir ao hospital
Venho procurando médicos
Eu mesmo providencio
Me aprofundei para saber o que é sífilis
Eu sei como pega, pela via sexual
Não sei quem passou para mim
Às vezes somos doentes e não sabemos
Tentei mudar
Ficar mais seletivo (...)
Sou curioso
Só me relaciono com pessoas que fazem exames regularmente
Uso preservativo
Quando soube que estava
Parei imediatamente
Mas não mudei nada
Não vejo minha vida
Mudando
Procuro fazer coisas corretas
Tomando remédios
Durmo pouco
Eu tava, não tinha camisinha disponível no momento
Elas fazem, têm que assumir a culpa
Bebia, mas não ficava com ninguém
A pessoa que conheço roda mesmo
Não pego a pessoa errada
Não tem camisinha com droga
Não existe formas de contágio
Hoje é um parceiro para a vida toda
Não faz mais sexo
Não pago para fazer sexo
É direito da mulher exigir a camisinha

Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo (continuação)

Verde
Alimentação adequada
Ter cuidado especial
Dormir
Acordo cedo, tomo café
Fazer atividade física
Procurar o hospital
Depois que apareceu (...)
Não faço sexo com ninguém
Com certeza via sexual
Uso camisinha
Quando não tenho, não uso
A pessoa às vezes não tem
E são portadoras do HIV
Me alimento
Não tenho cuidado com minha saúde
Bebo
Como com sal
Caminho pouco
Sei o que devo fazer
Vai chegar a hora
Processar o tratamento
Tenho relações com uma quantidade grande de mulheres
Mas uso preservativo
Há muitos anos não tinha parceira fixa
É direito da mulher exigir camisinha
Camisinha é sempre um elemento regular
Na ausência dela volto, volto
A prevenção é sempre melhor camisinha
Busquei outros serviços para tratamento
Não usa camisinha normalmente
Tenho herpes
Só transar com pessoa que apresenta não ter
Se ela tem um aspecto bom, você se protege
Vida normal
Qualquer coisa que sinto, saio correndo
A sífilis é uma doença perigosa
Minha ansiedade não aumenta
Não usar preservativo tem causa
Não gosto de usar preservativo
Tenho que arrumar dinheiro
Faço movimentos circulares para
Ver se tem alguma coisa
Olho para ver se não tenho
Algum tipo de caroço
Estico para um lado e para o outro
Olho para ver se não tenho alguma
Coisa
Eu mesmo lutei contra isso (...)
Sou bem-humorado
Não existe camisinha com droga
Luto muito contra as drogas
O que me segura é a religião
Sou umbandista

Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo (continuação)

Vermelho
Saúde material e espiritual
Minha vida material
Ter atendimento adequado
E um hospital bom
Gosto de mim
Conhecer a sífilis
Ataca o sistema nervoso
Tive febre
Mal-estar
Fiquei com manchas
Fiz exames
Fiz punção lombar
Se a bactéria não for tratada, ela se aloja no caroço
Leva ao óbito
Tenho uma verruga
Procurei oftalmologista
Vim ver o que está acontecendo comigo
Estou com manchas vermelhas e febre
Dificuldades de viver no hospital
Não pago para transar
Não tenho mais família
Sou sozinho
Não tenho nada
Pelo que sei tive duas sífilis e gonorreia
Graças a Deus o senhor tratou
Nem a injeção doeu
Vontade de saber sobre sífilis se não for tratado
Não sei o que é neurosífilis
Não sabia que sífilis mata
Me deixa preocupado
O herpes está voltando
Não tive dificuldade de nada
Bastou fazer exame
Equipe do hospital? (risos)
Fui bem tratado
O plano de saúde contribuiu para o diagnóstico
Fiz todos os exames no plano
Graças a Deus fui agraciado com ele
O problema urológico preocupa
Porque sou solteiro
Uso camisinha de poliuretano, não tira a sensibilidade
Tendo na vida é um hábito
Não precisa de homem para ter prazer na relação
Tem outras formas de se relacionar
Sem correr riscos
Nunca casei
O senhor lembra disso!
Jamais paguei para transar
Eu pago para ir embora
Não pago sexo
Tem uma porrada de mulher
Querendo dar
Tem mulher carente
Quando paga e o trato é mais correto
Cada um sabe o que está fazendo
Não tenho esse tipo de moralidade
Não existe pecado nenhum no sexo
Só quando não é consentido

Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo (continuação)

Não é pecado, é crime
 Minha mãe teve sífilis, meu pai passou para ela
 Comecei cedo pra caramba
 Uma amiga pode orientar
 Passo a ser um multiplicador
 Perdeu o prazer das coisas que eu posso fazer
 Deixei meu filho na escola
 Aí começou o ataque, fiquei todo tremendo
 Veio a ambulância e fui para o Miguel Couto
 Dúvidas sobre a cura de sífilis
 Quais são os seus sintomas
 Não tenho ciência do que acontece
 Se ela não for tratada
 Dois primos têm herpes
 Lá em Copacabana
 Faço reflexão de que foi um acontecimento
 É o HIV, né?
 Trabalho muito, só chego às sete da noite
 Trabalho o dia todo
 Sífilis é uma doença perigosa
 Sei que existem diversos níveis dela
 Pode levar à morte
 Apresentando diversos sintomas
 Da doença
 Cheguei a ler
 Ela ataca o fígado e o coração
 Descobri por acaso
 Eu estava com muita fadiga
 Muito estresse
 Muita palpitação
 O médico disse que eu não tinha nada
 Reduzi o fumo
 Mas o coração não dispara quando fumo
 Já tomei duas doses
 No hospital é fácil
 Sou um cara tranquilo
 Quem vê cara não vê coração
 Tem sempre o momento de tesão
 Pô, ele é muito bonito
 Tá saradão
 Mal sabem....
 Conhecer a pessoa que tem todo tipo de doença
 Tô ferrado, vou ferrar meio mundo
 Às vezes acha uma pessoa que parece a pessoa certa
 A pessoa que conhece roda meio mundo
 Ela faz tudo
 A pessoa tomava num vidro
 Ela tem muito líquido esbranquiçado que parece esperma, mas não é, era gonorreia
 Conhecimento após relação sexual
 Tem que se cuidar, tô ensaboando meu corpo
 Eles olharam para aquele fato
 O médico disse não poder ter relação
 Não pode engravidar agora
 Agora é obrigatório o uso da camisinha
 O parceiro não gosta
 Está sob o efeito do álcool
 E é a lei seca
 Se beber não dirige
 A gente procura entender

Quadro 19 – Falas sorteadas pelo jogo de bingo (conclusão)

Porque fazer isso com as pessoas
 Aqui é uma lei sem retorno
 A gente tinha lei de retorno
 Eu vou morrer porque Deus falou tudinho
 Minha carga viral está zerada
 Tenho um salão de beleza
 Moro no mesmo local de trabalho
 Tenho dois cachorros e dois gatos
 Acordo cedo para cuidar deles
 Estava, estou cuidando da depressão
 Lutei contra isso
 Fui usuário de drogas
 Quando usa droga se acha um *superman*
 Era soropositivo
 Entrei no coquetel e tive rejeição
 O coquetel deixa acabado
 Perdeu o seguro
 Fiz exame de líquido espinhal
 Trato de neurosífilis
 Falta de memória e problema de locomoção
 Tive um cancro
 Apareceu uma mancha
 As pessoas estão preocupadas com o HIV que aumenta
 O número de sífilis aumenta
 O governo deveria se preocupar mais com as pessoas que usam drogas
 Sem droga o sexo não rola
 Não existe forma de contágio (...)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Estes dados são o resultado da regra sugerida por Bardin (2011) a respeito da exaustividade do trabalho ao se trabalharem dados qualitativos:

Uma vez definido o *campus* do *corpus* (entrevistas) é preciso ter em conta todos os elementos desse *corpus*. Por outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, impressão de não interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor. Essa regra é completada pela não seletividade (BARDIN, 2011, p. 122).

Os cinco homens que geraram o texto transformado em UR têm uma única ligação comum, que é **ser**, **ter**, e **estar** com sífilis. Cada um deles justifica sua situação, que é única e particular, ainda que palavras cifradas e veladas sobre a sua condição tenham sido recorrentes nas entrevistas, como o vocábulo “né”, como se precisassem de uma confirmação do entrevistador.

Assim, os dados produzidos, que os “significam” como homens com sífilis em tratamento no ambulatório do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), apontam que, ao falarem sobre a doença, eles são atravessados por diversas

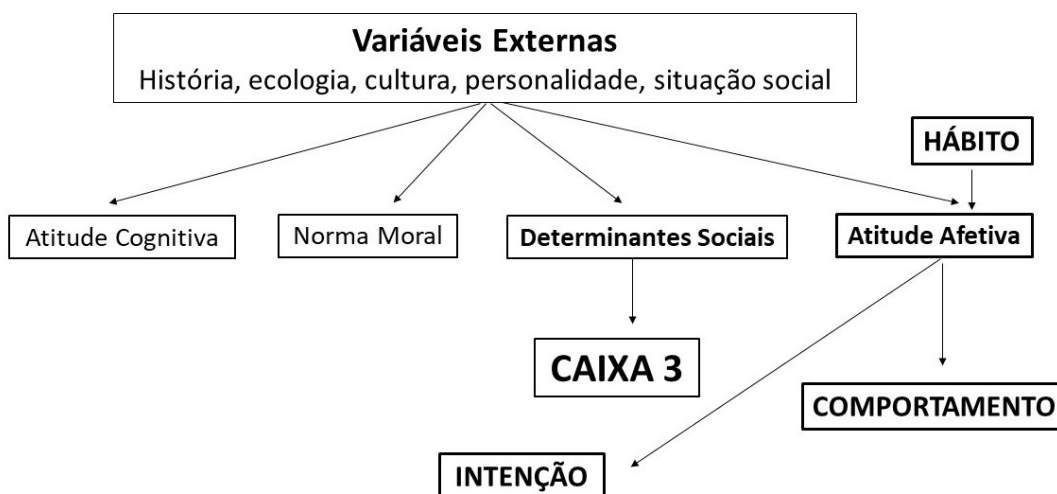
questões que definem um complexo emaranhamento de posições de que **comportamento é hábito** e é **prática**. Para Godin:

Entende-se por força de hábito o grau de automatismo de um comportamento numa dada situação. Por exemplo, uma pessoa, numa certa manhã, decide pôr o cinto de segurança ao dirigir um automóvel terá adquirido esse hábito no dia em que tal comportamento for realizado de forma automática. Assim, uma pessoa adquire o “hábito de pôr o cinto!”. Quando esse comportamento se torna mecânico e escapa à vontade do consciente. É importante distinguir hábito de reflexo. Enquanto o hábito se desenvolve após um aprendizado, o reflexo não precisa se aprendido (GODIN, 2019, p. 38).

Ao buscar organizar as falas nas Caixas 1 e 2, pode-se ter uma visão “errada” de algumas UR que poderiam ser consideradas como **prática** e não como **comportamento**, mas é possível inferir, por meio das mensagens que os entrevistados **não** indicaram, que essas duas categorias não podem ser divididas, pois se misturam e são partes delas mesmas.

Além disso, observou-se que os **hábitos** de cuidado com o corpo e com a saúde se confundem com uma sexualidade quase automática e um impulso “incontrolado”. Dessa maneira, parece viável afirmar que o “hábito” de se relacionar com os outros é automático e tem raízes profundas nos **determinantes sociais** que se veiculam em toda as suas ações de viver, daí a opção de alocar, em uma terceira **caixa**, os elementos dentro da esquematização da TCI.

Figura 3 – Resultado dos cinco clientes analisados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Para Godin (2011, p. 39), a dimensão afetiva como hábito e intenção está associada à adoção de um comportamento, e representa a resposta emocional de uma pessoa ao pensamento de adotar um dado comportamento (**práticas sexuais dos homens com sífilis**), ou seja, o sentimento que lhes inspira a adoção desse comportamento.

Sob essa ótica, na Caixa 3 foram incluídos os determinantes sociais que exercem influências nesses homens que sabem que a sífilis é sexualmente transmissível e continuam se reinfectando. O grande desafio para a área da saúde é entender que, para gerar mudança de comportamento, uma equipe multiprofissional precisa ser integrada, uma vez que um só profissional não consegue dar conta da dimensão que é cuidar do indivíduo isoladamente. A realização de testes rápidos periódicos para diagnóstico, tratamento e seguimento até a obtenção da cura da sífilis é igualmente importante.

Diante disso, é possível inferir que o que se veicula dentro das Caixa 1 e Caixa 2, em relação aos Determinantes Sociais da Caixa 3, têm implicação no **comportamento** e no **hábito** dos homens com sífilis; são as “impulsões/pulsões” do corpo, que os impelem a adquirir a sífilis e outras IST, na busca de um prazer arriscado, inseguro e contagioso. O hábito age como o impulso moderador que tem influência sobre eles.

Atualmente, a pandemia do novo coronavírus trouxe mudanças de comportamento em saúde, como o uso de máscara e álcool gel e a lavagem das mãos. Esse novo comportamento sofre interferência direta do contexto do ambiente em que vive a população. Rotina e hábitos foram alterados, a exemplo de atividades ao ar livre e do isolamento social imposto, o que vem gerando discussões sobre certo e errado.

Mas por que falar de pandemia do novo coronavírus e sífilis?

Empiricamente, sabe-se que muitos indivíduos das várias regiões do Brasil recebem informações pelas variadas formas de comunicação (TV, rádio, mídias digitais) e, mesmo assim, seguem desafiando a própria vida e ignorando outros meios informacionais como educação em saúde.

Portanto, pode-se afirmar que o comportamento de busca de informações é necessário e não se limita à população desprovida de informações técnicas e/ou com baixa escolaridade. Os indivíduos vulneráveis à sífilis necessitam conhecer os sinais e sintomas que o seu corpo apresenta e buscar serviços de saúde com profissionais capacitados para diagnóstico e tratamento adequado da sífilis.

Depreende-se, portanto, e corroborando o estudo de Navega e Maia (2018), que traz relatos de pessoas curadas de sífilis, que a mera informação não garante atitudes preventivas devido à existência de vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais. E que, habitualmente, o conhecimento sobre esta IST é mais comum após diagnóstico do que por sua prevenção, bem como o meio digital é uma forma bem popular para a busca de informações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado responde ao pressuposto de que o comportamento informacional relativo à saúde, às práticas culturais e aos determinantes sociais se relacionam no processo saúde-doença do homem com sífilis, desde o contágio até o seguimento.

Muitos foram os desafios para realizar esta investigação com 63 homens com diagnóstico de sífilis. Cumprir todas as etapas de coleta de dados – captação dos indivíduos, ambiência, entrevista, realização de exames laboratoriais, incluindo coleta de sangue, testes rápidos, testes não treponêmicos de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), processamento das amostras, punções lombares –, assim como manter parcerias locais no próprio ambiente de trabalho foram um grande aprendizado, porém prazeroso.

Este estudo vem ao encontro da investigação de Veiga (2018, p. 226), “Narrativas de homens com sífilis na perspectiva transcultural: subsídios da enfermagem”, que mostrou a trajetória de busca por atendimento de homens com diagnóstico de sífilis, os quais, historicamente, não procuram os serviços de saúde, como observado em tantos estudos científicos. A peregrinação desses homens em diversos serviços da rede privada e pública a fim de encontrar uma solução para seus problemas os fizeram chegar no Ambulatório de Dermatologia de um hospital universitário do Rio de Janeiro, muito assustados, envergonhados e com medo do desconhecido.

Conhecer o perfil clínico e epidemiológico, realizar um exame físico detalhado, confirmar a adesão ao tratamento e, posteriormente, ao acompanhamento clínico e sorológico, em face dos comportamentos informacionais e determinantes sociais pertinentes à saúde dos homens, identificando os fatores sociais e culturais que influenciam o exercício da sua sexualidade, foram ações que oportunizaram grande reflexão e provocaram o desejo de que a pesquisa não se encerre e sim que possa ser contínua, não só cuidando de homens, mas também de mulheres e de suas famílias.

Ao longo da pesquisa, ficou evidente que os órgãos governamentais nacionais e internacionais precisam revisitar as políticas públicas referentes à promoção e prevenção de combate à sífilis, com um olhar especial para a população masculina de

modo a atender às reais necessidades de saúde e reduzir as vulnerabilidades dessa população.

Os serviços de saúde, na atenção primária, secundária ou terciária da rede pública e particular no município do Rio de Janeiro não se encontram, em sua totalidade, suficientemente preparados e organizados para diagnosticar, tratar e realizar o seguimento da sífilis até a sua cura, culminando em desfechos desfavoráveis.

Considera-se que a assistência integral à saúde da população masculina requer escuta ativa e responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento, além da organização dos serviços de saúde, de forma a suprir as demandas específicas e peculiares dos homens com sífilis, atentando, inclusive, para a necessidade de reorganização do fluxo assistencial e do cuidado direcionado a este público.

Ressalta-se que o objetivo maior é assistir o indivíduo com foco no cuidado congruente, tendo em vista as diferenças e similaridades advindas dos valores culturais e o contexto do ambiente.

Os relatos indicam que as necessidades dos homens com diagnóstico de sífilis não se restringem à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visto que sofrem forte influência social e cultural no exercício da sua sexualidade e no seu autocuidado. Existe carência de espaços para diálogo sobre os comportamentos relacionados à saúde e à sexualidade, por isso o profissional deve considerar em sua consulta a subjetividade, os desejos, os valores e o modo de viver a vida desses indivíduos.

Depreende-se que a qualidade da informação e o tipo de abordagem empregada nas ações educativas em saúde precisam ser levadas em conta nas atividades ambulatoriais, para que, de forma dialogada e respeitosa, ocorra uma troca de saberes que estimulem os homens a exercerem a sexualidade de maneira mais assertiva e saudável.

O desconhecimento a respeito da sífilis esteve presente na vida dos participantes desta investigação, tanto antes quanto após o contágio, e a infecção foi associada pelos homens ao universo feminino e à prostituição. A transmissão desta doença foi vista como menos perigosa do que a contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) devido ao potencial de cura da primeira, o que ratifica a importância de ações educativas individuais e em grupos, não fragmentadas,

contínuas e não impositivas, informando sobre os malefícios da sífilis, com objetivo de auxiliar na preservação da saúde dos homens. Estratégias, como os meios de comunicação em massa e o ciberespaço, também se mostraram válidas para aumentar o conhecimento sobre sífilis e outras IST.

Esta investigação apontou que o ciclo de contágio pela sífilis não é regular ou trivial, exigindo interesse e competência dos profissionais de saúde para desvendá-lo. Nesta pesquisa, o contexto das relações afetivo-sexuais foi de difícil padronização, no tocante ao tipo e à duração das parcerias sexuais, às práticas sexuais estabelecidas, o que sinaliza a importância de se ouvir atentamente cada um dos homens, o que permitirá o planejamento e a implementação do cuidado congruente, considerando a realidade social e cultural da população-alvo.

O profissional da saúde, neste cenário, tem a possibilidade de colaborar com as mudanças necessárias ao processo de socialização e sensibilização dos homens adultos para novos paradigmas e formas de viver, empoderando-os para que tenham condutas e comportamentos mais assertivos e corretos, reduzindo, assim, as vulnerabilidades ao contágio pela sífilis, bem como favorecendo o diagnóstico e tratamento precoces.

Para os homens participantes da pesquisa, a incorporação do uso regular do preservativo configurou-se como um grande desafio, fato ratificado pelos numerosos casos de reinfecção pela sífilis e coinfeção com outras IST, principalmente o HIV, no grupo estudado.

Para encerrar as considerações finais deste estudo, destaca-se que é preciso estar atento durante a anamnese para conhecer a prática da utilização do preservativo dos pacientes, quais são as verdadeiras dificuldades de negociação com as parcerias sexuais para o seu uso; alertar sobre os perigos do consumo de drogas lícitas e ilícitas, o perigo da infidelidade conjugal e da multiplicidade de parcerias sexuais para não incorrerem em doenças transmitidas pelo sexo.

Além do uso do preservativo, a abstinência sexual e o coito interrompido foram algumas das práticas preventivas citadas pelos homens. Sobre este ponto, chama atenção a falta de conhecimento dos homens sobre a ineficácia do coito interrompido para o não contágio pela sífilis e outras IST.

A prática do sexo oral despontou como um desafio às prerrogativas do sexo seguro, pois muitos participantes desconhecem este tipo de contato sexual como via transmissora da sífilis e têm dificuldade em aderir ao uso do preservativo.

Propõe-se que os profissionais de saúde busquem parcerias com o setor de educação em saúde e com universidades que desenvolvam atividades de educação com alunos de graduação dos cursos da área da saúde, a exemplo da Tenda da Sífilis, que possam auxiliar nas mudanças culturais necessárias quanto à incorporação do uso do preservativo nos roteiros sexuais, estimulando o uso do preservativo nas diversas formas de contato sexual desde a pré-adolescência, para que se torne um hábito durante toda a vida.

A descoberta diagnóstica da sífilis aconteceu, para muitos homens, de maneira inesperada, associada a um espanto, até mesmo porque, majoritariamente, estavam assintomáticos no diagnóstico. Sentimentos de tristeza, arrependimento e vergonha foram relatados nesse momento, demonstrando a importância do apoio do profissional de saúde e dos familiares. A tentativa de encontrar o culpado ou culpar-se pela infecção também foi revelada, no entanto, pela complexidade do ciclo das IST, uma atitude mais assertiva e que pode ser incentivada é a adesão à prática do sexo seguro como bloqueio da cadeia de transmissão.

Dos 63 pacientes, 37 não manifestaram lesões na pele e/ou mucosas, o que aumentou a incredulidade sobre o diagnóstico da sífilis. Casos de sífilis atípica foram descritos com maior frequência em pacientes HIV reatores; portanto, os profissionais de saúde necessitam estar familiarizados com as apresentações clínicas menos conhecidas desta doença venérea. A ausência de lesão cutânea e nas mucosas é um fator que acarreta uma demora pela busca de atendimento e tratamento médico, tanto que vários participantes desta pesquisa, por estarem com a doença “oculta”, foram surpreendidos com o diagnóstico de sífilis quando procuraram o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização do teste rápido para investigação de HIV.

O teste não treponêmico, seguido do teste treponêmico, foram os exames mais utilizados para o diagnóstico, sendo a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) realizada poucas vezes. A maximização da testagem sorológica foi enfatizada, assim como evidenciou-se a premência de se criarem estratégias para ofertá-la, disponibilizando-a em locais habitualmente frequentados pelos homens, como bares, nos locais de trabalhos, com a volta desses testes nos exames admissionais e periódicos.

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a sífilis causou danos nas esferas física, emocional e social, que devem ser identificados e trabalhados com os

homens no momento diagnóstico e durante o tratamento da infecção, considerando seus modos de viver e suas expectativas de cura.

Para alguns entrevistados, o diagnóstico da sífilis foi tido como uma oportunidade de terem maior cuidado com a saúde, inclusive numa perspectiva de sensibilizar seus pares para que estes não venham a passar pela mesma problemática. Este fato, evidenciado nas consultas pelo interesse dos homens em ouvir conselhos positivos durante o atendimento médico, pode facilitar o processo de educação em saúde junto à população e a formação de agentes multiplicadores no combate à sífilis.

Com relação ao tratamento, foram utilizadas a penicilina benzatina, penicilina cristalina, ceftriaxona e doxicilina, e observadas 14 reações de Jarisch-Herxheimer com febre e mal-estar. Um paciente, portador de neurosífilis, ao iniciar o tratamento com penicilina cristalina, desenvolveu convulsões, sendo, então, tratado com ceftriaxona sem intercorrências.

Desconforto físico e emocional não foram empecilhos relacionados à administração da penicilina benzatina, uma vez que o bom acolhimento, o esclarecimento das expectativas e o uso de anestésico durante a administração da penicilina foram fatores positivos de conforto e adesão ao tratamento, numa tentativa de se romper a barreira do medo e atingir a integralidade no tratamento.

As parcerias sexuais da maioria dos participantes não foram convocadas, em muitos casos, em virtude da fragilidade dos vínculos dessas relações, demonstrando que as estratégias e os esforços devem ser direcionados para isso. Um fator positivo quanto à convocação, diagnóstico e tratamento ocorreu no contexto das relações mais estáveis.

O acompanhamento pós-tratamento foi um ponto positivo desta investigação e importante para a verificação da cura da infecção, sendo o aconselhamento e o esclarecimento ferramentas essenciais nesta etapa, visto que a corresponsabilidade é tida como fator primordial para o seguimento correto.

Este estudo ratifica que somente o diagnóstico e tratamento da sífilis são insuficientes para atingir a cura, informação confirmada pelos inúmeros casos de reinfecção entre os entrevistados. O combate a esta infecção requer mudança de comportamento, que se inicia por mudanças de hábitos e comportamentos que culminem no exercício da sexualidade de forma protegida, saudável e segura.

Mediante os incipientes estudos que retratam qualitativamente o fenômeno da sífilis na população masculina, acredita-se que a presente pesquisa atingiu seu objetivo de auxiliar a compreensão dos fatores que envolvem o contágio, o diagnóstico e o tratamento dos homens com sífilis, tendo em vista seus comportamentos informacionais e os determinantes culturais e sociais. Sugere-se que, de maneira isolada, os fatores aqui apresentados sejam minuciosamente identificados e considerados na assistência à saúde dos homens.

Finaliza-se com a sensação de êxito em contribuir para as práticas de assistência integral à saúde dos homens diagnosticados com sífilis, não apenas do Ambulatório de Dermatologia palco deste estudo, mas, quiçá, em todos os níveis de atenção à saúde, nos diversos contextos sociais e culturais, possibilitado pela heterogeneidade destacada entre os participantes do estudo. Afinal de contas, **é preciso pensar sifiliticamente!**

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA F. T.; AZEVEDO, F.; LISBOA, C. Balanite sifilítica de Follmann: armadilhas de laboratório. **Revista SPDV**, v. 78, n. 3, 2020. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/download/1199/855/>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- ANDRADE, S. S. C. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-372, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0364.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.
- ARAÚJO, C. L. F. *et al.* Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município do Rio de Janeiro e o acesso ao diagnóstico do HIV entre e população negra: uma análise qualitativa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 85-95, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 dez. 2020.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. bras. dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.
- AZAMBUJA, R. D. *et al.* **Psicodermatologia: pele, mente e emoções**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora AC FARMACEUTICA, 2015. 176 p.
- BARBOSA, K. F. *et al.* Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, DF, v. 28, n. 2, e2018408, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 dez. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BASSICHETO, K. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 302-310, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 mar. 2020.
- BELDA JR., W.; DI CHIACCHIO, N., CRIADO P. R. **Tratado de dermatologia**. São Paulo: Atheneu, 2018. 1895 p.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 5, n. 1, esp., out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Orientações para a Implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica**. Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. 210 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_renam_e_2017.pdf. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na atenção básica para gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 42 p.

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. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 216 p. (Série Manuais n. 78). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE_sifilis.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol Epidemiol**, Brasília, DF, v. 50, n. esp., p. 1-154, set. 2019a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. **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, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRIGNOL, S. *et al.* Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1035-1048, maio 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2020.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

CARDOSO A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

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.). **AIDS e sexualidade**: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994.

CAVALCANTE, R. S. *et al.* Tenda da sífilis: a importância do conhecimento para o combate da sífilis e da sífilis congênita no Brasil. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIRIO, 18., 2019, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2019. p. 991.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento integral. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-634, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 jul. 2020.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, abr./jun. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003. Acesso em: 3 jun. 2020.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 57-70, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100057&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2020.

DA FONTE, V. R. F. *et al.* Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 46, p. 65-79, abr. 2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/245451/207791>. Acesso em: 1 nov. 2020.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 out. 2020.

DUARTE, G. Sífilis e gravidez... e a história continua! **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 49-51, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a01v34n2>. Acesso em: 24 set. 2020.

FERNANDES, L.; MORGADO, M.; CORDEIRO, M. Mudança no comportamento sexual de jovens causa aumento de infecções sexualmente transmissíveis. **AUN – Agência Universitária de Notícias**. São Paulo, 7 fev. 2018. Disponível em: <http://aun.webhostusp.sti.usp.br/index.php/2018/02/07/mudanca-no-comportamento-sexual-de-jovens-causa-aumento-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FERREIRA, C. O. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 388-409, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1980>. Acesso em: 6 ago. 2020.

FORRESTEL, A. K.; KOVARIK, C. L.; KATZ, K. A. Sexually acquired syphilis: historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. **J. Am. Acad. Dermatol.**, St. Louis, v. 82 n. 1, p. 1-14, Jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30986477/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

GODIN, G. (org.). **Os comportamentos na área da saúde**. Tradução: Heloisa B. S. Rocha. Revisão técnica: Maria Cecília Bueno Jayme Gallani. São Paulo: Editora Unicamp, 2019. 338 p.

GRACIANO, F. F. **Por que os pacientes não seguem adequadamente as orientações médicas?**: estudo dos fatores envolvidos com a má-adesão à profilaxia secundária da febre reumática com a penicilina-G-Benzatina. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUIMARÃES, M. S. F. *et al.* Conocimiento y vulnerabilidad de los participantes en la tienda de sífilis: acción de extensión universitária. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 63, [2021?]. No prelo.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. *In*: HEILBORN, M. L. (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

HERRMANN, A. *et al.* **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.

HICKMANN, H. L.; ZAMPESE, M.; RAMOS, M. C. Tabelas sinópticas de DST: uma abordagem prática da sífilis. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145609?src=similardocs>. Acesso em: 18 dez. 2020.

HOOK, E. W. Syphilis. **The Lancet**, [s. l.], v. 389, n. 10078, p. 1550-1556, Apr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27993382/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

KENT, M. E.; ROMANELLI, F. Reexamining syphilis: na update on epidemiology, clinical manifestations, and management. **Ann. pharmacother**, Cincinnati, v. 42, n. 2, p. 226-236, Feb. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18212261/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

KERBAUY, R. R. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 ago. 2020.

KNAUTE, D. F. *et al.* Serological response to treatment of syphilis according to disease stage and HIV status. **Clin. infect. dis.**, Chicago, v. 55, n. 12, p. 1615-1622, Dec. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22955437/>. Acesso em: 1 jul. 2020.

LLEÓ, M. I.; ESCRIBANO, P. C.; PRIETO, B. M. Atypical cutaneous manifestations in syphilis. **Actas Dermosifiliogr.**, [s. l.], v. 107, n. 4, p. 275-283, 2016.

LUPPI, C. G. *et al.* Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, e20171678, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000100307&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2020.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.

MAHMUD, I. C *et al.* Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre (RS). **Rev. epidemiol. controle infecç.**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/11820/8034>. Acesso em: 27 set. 2020.

MAINETTI, C.; SCOLARI, F.; LAUTENSCHLAGER, S. The clinical spectrum of syphilitic balanitis of Follmann: report of five cases and a review of literature. **J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.**, Amsterdam, v. 30, n. 10, p. 1810-1813, Oct. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27421838/>. Acesso em: 14 fev. 2020.

MARTINEZ-SILVEIRA, M.; ODDONE, N. Necessidades e comportamento informacional: conceituação e modelos. **Ci. Inf.**, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 118-127, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652007000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 maio 2020.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. **Rev. psicol. polit.**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 215-226, dez. 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X201000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2020.

MOLERI, A. B. *et al.* Diagnóstico diferencial das manifestações da sífilis e da aids com líquen plano na boca: relato de caso. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 113-117, 2012. Disponível em:

http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/10_Diagnostico_Diferencial_Sifilis.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

MOME, R. K. B.; WIYEH, A. B.; KONGNYUY, E. J. Eficácia do preservativo feminino na prevenção do HIV e infecções sexualmente transmissíveis: um protocolo de revisão sistemática. **BMJ Open**, [s. l.], v. 8, e023055, 2018.

MOREIRA, M. B. (org.). **Comportamento e práticas culturais**. Brasília, DF: Instituto Walden4, 2013.

MOURA, S. L. O. *et al.* Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20190325, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ean/v25n1/1414-8145-ean-25-1-e20190325.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

NASCIMENTO, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, fev. 2012.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

NAVEGA, D. A.; MAIA, A. C. B. Conhecer (e) saber: relatos de pessoas curadas da sífilis. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-9, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6943>. Acesso em: 30 jun. 2020.

NAZARETH, I. V. **O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: bases para o cuidado de enfermagem**. 2017. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de sífilis e fatores associados à população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, jun. 2014. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2020.

PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 635-644, out./dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400635&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 nov. 2020.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA L. R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 ago. 2020.

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 saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1. p. 41-60, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00041.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

RIBEIRO, C. R.; RUSSO, J. A.; ROHDEN, F. Uma nova pedagogia da sexualidade para homens: discursos midiáticos e suas reverberações. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 461-488, jun. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2020.

RIBEIRO, M. S. F. G. **Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita**. 2019. 247 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. **Plano de enfrentamento da sífilis congênita**. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2015.

SANTANA, F. R. *et al.* Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1653-1664, jun. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700077&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 abr. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. 112 p. Disponível em:

http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf. Acesso em: 21 mar. 2020.

SILVA, G. M. *et al.* Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 57, p. 122-136, ene. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n57/pt_1695-6141-eg-19-57-107.pdf. Acesso em: 8 mar. 2020.

SILVA, L. R. **Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social**: história de vida de mães com sífilis. 2003. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

SILVA, L. R. *et al.* Sífilis na mulher e no homem: uma revisão integrativa das publicações científicas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e26496, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/26496>. Acesso em: 5 set. 2020.

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. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 393-401, dez. 2004.

SOUZA, V. S.; CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 441-447, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/07.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

SUTTON, S. *et al.* Eliciting salient beliefs in research on the theory of planned behaviour: the effect of question wording. **Curr. psychol.**, New Brunswick, v. 22, n. 3, p. 234-251, 2003. Disponível em: <https://www.phpc.cam.ac.uk/pcu/files/2012/01/eliciting.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020.

TEBET, D. G. M. *et al.* Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 96-104, dez. 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41605>. Acesso em: 15 abr. 2020.

VEIGA, M. B. A. **Narrativas de homens com sífilis na perspectiva transcultural**: subsídios da enfermagem. 2018. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

VIEIRA, C. S. *et al.* Descrição do uso do método misto integrativo na enfermagem neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03408, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt_1980-220X-reeusp-53-e03408.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.

YANG, C. *et al.* HIV, syphilis, hepatitis C and risk behaviours among commercial sex male clients in Sichuan province, China. **Sex. transm. infect.**, London, v. 86, n. 7, p. 559-564, Dec. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20826867/>. Acesso em: 2 jul. 2020.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TÍTULO: Comportamentos e práticas culturais de homens com diagnóstico de sífilis: do acolhimento ao seguimento

OBJETIVO DO ESTUDO: Conhecer a trajetória de busca por atendimento em homens com diagnóstico de sífilis; Traçar o perfil clínico-epidemiológico de homens com diagnóstico de sífilis; Analisar o conhecimento dos homens com relação às formas de transmissão e tratamento da sífilis e a sua relação com as práticas sexuais; 4) Evidenciar os comportamentos e práticas culturais que interferem no processo de adesão ao tratamento e seguimento de sífilis em homens. **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para elaboração de uma Tese de Doutorado em Enfermagem e Biociências. Se você não quiser participar do estudo, isto não interferirá na sua vida profissional, estudantil e/ou atendimento de saúde.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista, em caráter privado, podendo ser solicitado um novo contato para demais esclarecimentos. As informações adquiridas serão utilizadas no conteúdo da pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Será solicitada permissão para gravação da entrevista utilizando equipamento de áudio, sendo mantido o sigilo e o anonimato.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado ou interromper a entrevista.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a elaborar um novo protocolo de atendimento para homens com diagnóstico de 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 própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em áudio, 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 Gaffrée e Guinle (HUGG). Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, e sendo doutorando o médico e Prof. **Carlos José**

Martins, o pesquisador principal, com a participação da Prof.^a Dr.^a **Leila Rangel da Silva**. Os pesquisadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Prof. Carlos José Martins no telefone 21 99617-5935, 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. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Endereço:

Telefone de contato:

Pesquisador:

Data:

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 2542-7796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

INSTRUMENTO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Idade (anos) Nacionalidade Naturalidade

Procedência:

- Município RJ. Bairro em que reside:
- Fora do Município do RJ. Qual?

Estado conjugal:

- Solteiro Divorciado Viúvo Casado Separado União Estável

Raça (autodeclaração):

- Branco Preto Pardo Amarelo Indígena Não declarado

Religião: Sim Não

- Católico Evangélico Espírita Candomblecista Umbandista
- Outra

Possui Plano de Saúde: Sim Não

Grau de Instrução:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto Curso Graduação
- Ensino Superior Completo Curso Graduação
- Especialização Mestrado Doutorado

Ocupação/ Profissão: _____

Trabalho Formal: Sim Não Se sim: Rede Pública Rede Privada

Renda Individual:

- Não Possui Renda Menos de 1 SM
 De 1 a 3 SM De 3 a 6 SM
 De 6 a 10 SM Mais que 10 SM

Renda Familiar:

- Menos de 1 SM De 1 a 3 SM
 De 3 a 6 SM De 6 a 10 SM
 Mais que 10 SM

Contribuidores da Renda Familiar:

Ajuda do Governo: Sim Não Tipo de Bolsa: Valor:

Quantas pessoas moram com você? companheira(o), filha(o), irmã(o), parentes e amiga(o) (Marque apenas uma resposta)

- Moro sozinho Uma a três Quatro a sete Oito a dez Mais de dez

Orientação sexual

- Assexual (nenhuma ou raros momentos de atração)
 Bissexual (atração por mulheres e homens)
 Heterossexual (atração pelo gênero oposto)
 Homossexual (atração pelo gênero semelhante)
 Pansexual (atração por homens, mulheres, transsexuais, etc.)

Com que frequência usa a camisinha?

- Sempre Às vezes Nunca

Você manteve relação sexual nos últimos seis meses? Sim Não

Se sim:

- com um único parceiro sexual
 com dois ou mais parceiros sexuais em momentos diferentes

Frequência das relações sexuais: regular irregular

Usa preservativos em TODAS as relações? Sim Não

Utiliza preservativo para relação oral? Sim Não

Você é etilista? Sim Não

Se Sim: 1 ou 2 dias da semana 3 a 4 dias da semana 5 a 7 dias da semana

Você faz uso de alguma droga?

Sim Não Se sim, Qual(is) droga(s)?

Já teve alguma doença transmitida através da relação sexual exceto sífilis?

Sim Não Não sei

Se sim, qual (is) doença (is) adquiriu?

Ano de contaminação:

Realizou tratamento(s)? Sim Não Se sim, quais foram os tratamentos? Onde realizou o diagnóstico?

Onde realizou o tratamento?

Já fez algum exame para sífilis em algum momento da vida?

Sim. Em que fase da vida? (ano)

Qual(is) exame(s) foi(ram) realizado(s)?

Teste rápido VDRL FTA-Abs Outro

Não

Não sei

Em caso de resultado positivo para sífilis, realizou tratamento?

Sim Qual a medicação utilizada?

Completo Incompleto

Não

A(s) parceria(s) realizou(aram) exames e/ou tratamento?

Exames: Sim Não

Tratamento: Sim Não

CONHECIMENTO DE SÍFILIS

Já ouviu falar de sífilis? Sim Não

Se sim, qual a fonte de informação:

Livros Bancos Escolares Empresa de comunicação Outros

Como se pega a sífilis? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- Contato com feridas sifilíticas
- Sexo anal Sexo vaginal Sexo oral
- Transmissão de mãe gestante para filho (via placentária)
- Transmissão de mãe gestante para filho (doença hereditária)
- Transfusão de sangue
- Beijo Aperto de mãos Leite materno
- Compartilhamento de agulhas para drogadição (uso de drogas)
- Outro _____

ACOMPANHAMENTO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA – SÍFILIS ADQUIRIDA

É consulta de primeira vez? Sim Não

Procedência:

- Ambulatório de Imunologia
- Ambulatório de Obstetrícia
- 7ª Enfermaria
- 10ª Enfermaria
- Tenda da Sífilis
- Centro de Testagem e Aconselhamento
- Paciente Externo. Procedência:

Motivo da consulta + Anamnese + Comorbidades

Exames solicitados e resultados

Classificação Clínica

Primária Secundária Terciária Latente Ignorado

Conduta Clínica

Seguimento da Sífilis

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

COMPORTAMENTOS INFORMACIONAIS, PRÁTICAS E DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS DE HOMENS SÍFILIS: DO ACOLHIMENTO AO SEGUIMENTO

- De que forma você cuida da sua saúde?
- Fale-me como são seus hábitos e/ou estilo de vida. Procura assistência médica quando está doente? Qual o seu conhecimento a respeito da sífilis?
- Quais foram os sinais e sintomas sentidos antes do diagnóstico?
- Fale-me como foi a sua chegada ao serviço de dermatologia?
- Buscou outros serviços para o tratamento da sífilis? Quais foram?
- O que você considera que facilitou ou dificultou o seu diagnóstico?
- O que você considera que facilitou ou dificultou o seu tratamento?
- Como é para você usar preservativo? Utiliza em todas as suas relações sexuais? Como foi a conversa sobre a sífilis com as suas parcerias sexuais?
- As parcerias sexuais realizaram testes? Realizaram tratamento?
- De que forma após o diagnóstico você prevenirá uma nova contaminação de sífilis? Conhece alguém na sua família/amigos que tiveram sífilis (pais, tios, primos, avós)? O que eles falaram?
- Alguém da sua família ou algum conhecido já te ensinou alguma simpatia para a cura e/ou cuidado para tratamento da sífilis?
- O que mudou na sua vida depois do diagnóstico da sífilis?

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (CARTA 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

ANEXO 1**TERMO DE ANUÊNCIA**

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle está de acordo com a execução do projeto **Comportamentos e práticas culturais de homens com diagnóstico de sífilis: do acolhimento ao seguimento**, coordenado pelo pesquisador Médico e Prof. Carlos José Martins, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva, 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 à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2019.

Nome do responsável Institucional ou Setorial Cargo do Responsável pelo
Consentimento Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO 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, CARLOS JOSÉ MARTINS, CPF 370.145.707-97, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, assumo o compromisso com o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título **Comportamentos e práticas culturais de homens com diagnóstico de sífilis: do acolhimento ao seguimento**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização e 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 à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2019.

Carlos José Martins
Pesquisador

ANEXO 3 – PARECER DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-
CCBS

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS CULTURAIS DE HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Pesquisador: Carlos José Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13666719.0.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.419.192

Aprovado em 14 de maio de 2019.