

DÉBORA DE ARO NAVEGA

SEXUALIDADE E SÍFILIS ADQUIRIDA:
relatos de pessoas que realizaram o tratamento.



DÉBORA DE ARO NAVEGA

SEXUALIDADE E SÍFILIS ADQUIRIDA:
relatos de pessoas que realizaram o tratamento.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores.

Orientadora: Dra. Ana Cláudia Bortolozzi Maia.

ARARAQUARA – S.P.
2016

Navega, Débora de Aro
Sexualidade e Sífilis adquirida: relatos de
pessoas que realizaram o tratamento / Débora de Aro
Navega – 2016
132 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Sexual) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras
(Campus Araraquara)

Orientador: Ana Cláudia Bortolozzi Maia

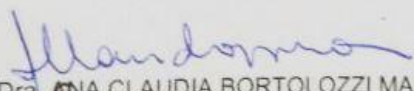
1. Sexualidade. 2. Sífilis adquirida. 3. Educação
sexual. 4. Saúde sexual. 5. Autocuidado. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

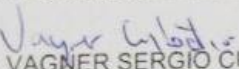


ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DE DEBORA DE ARO NAVEGA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO SEXUAL, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS.

Aos 19 dias do mês de dezembro do ano de 2016, às 14:30 horas, no(a) Anfiteatro C, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências de Bauru., Prof. Dr. FLORENCIO MARIANO DA COSTA JUNIOR do(a) IACB / Instituto de Análise do Comportamento de Bauru, Prof. Dr. VAGNER SERGIO CUSTODIO do(a) Coordenadoria de Curso de Turismo / Câmpus de Rosana, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de DEBORA DE ARO NAVEGA, intitulada **Sexualidade e Sífilis Adquirida: Relatos de pessoas que realizaram o tratamento**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA


Prof. Dr. FLORENCIO MARIANO DA COSTA JUNIOR


Prof. Dr. VAGNER SERGIO CUSTODIO

DEDICATÓRIA

Àqueles que compartilham do interesse
no ensino/ aprendizagem
do cuidado para a saúde sexual.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Edna e Paulo, pelo amor, pelo apoio, pelo exemplo de caráter, dedicação e de bondade;

Ao meu irmão Victor, minha cunhada Érica, e demais familiares pelo carinho, pela força e por compartilharem comigo as aflições e alegrias deste e de outros processos de vida;

Ao meu companheiro Ronaldo pelo amor, por me incentivar e percorrer comigo esta trilha, fazendo-a mais rica, leve e feliz;

À Marina pela amizade tão presente que persiste no tempo e às nossas mudanças, como também ao Henrique, à Angélica, Tatiana, e aos demais amigos pela alegria, pelas nossas conversas, trocas, pela confiança, pelo apoio e incentivo.

À querida Professora Ana Cláudia pelo aceite em me orientar que possibilitou o aproveitamento do estudo em andamento, seu aprimoramento e finalização, e por fazê-lo de forma tão dedicada, respeitosa e afetuosa. Agradeço ainda por ter cedido o espaço do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Sexualidade Humana (LASEX) para as entrevistas, e pela oportunidade de participar dos encontros de seu Grupo de Pesquisa “Sexualidade, Educação e Cultura” (GPESEC).

Ao Professor Paulo, Coordenador do Programa de Mestrado Profissional Educação Sexual, e demais professores pela oportunidade de receber esta formação;

Aos Professores Florêncio e Vagner pela contribuição na reta final do trabalho;

À equipe da Seção de Pós Graduação pelo excelente atendimento prestado em diversos momentos durante o curso;

Aos colegas de turma pela amizade, pelas trocas e pelos bons momentos que passamos;

Aos colaboradores que participaram do estudo, compartilhando as suas histórias de vida e seus aprendizados.

Às colegas de trabalho do CTA pela amizade e pelo auxílio no estudo, referente à temática que tínhamos juntas vivenciado e identificado. Agradeço também aos gestores pela autorização da realização da pesquisa no serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru;

À psicóloga Larisse, por me ajudar a desembaçar meu espelho e me fortalecer;

À Vera por me apresentar a yoga como autocuidado e por conduzir tantas vivências maravilhosas na Escola Alma Serena.

À Tatiana Sá pela inspiração e encantamento provocados pelas suas histórias contadas e cantadas.

Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, aos vinte e cinco anos. A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si [grifo do autor], é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade.

Freire (2014, p.105)

Resumo

A quantidade de pessoas acometidas pela Sífilis Adquirida tem aumentado nos últimos anos no Brasil e, apesar de ser uma doença curável e com tratamento disponível no Sistema Único de Saúde, a adesão ao tratamento ainda é um desafio. Esta pesquisa qualitativa-descritiva teve por objetivo descrever e analisar as vivências afetivo sexuais, o autocuidado e a Educação Sexual, a partir dos relatos de pessoas curadas desta infecção. Oito colaboradores, sendo quatro homens e quatro mulheres, com idades entre 18 e 51 anos, participaram de uma entrevista para posterior análise de conteúdo, resultando nas seguintes categorias temáticas: 1) Educação Sexual; 2) Sífilis Adquirida; 3) Relacionamentos e 4) Autocuidado. A Educação Sexual recebida na adolescência pareceu não contribuir para a percepção de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o que mudou após a experiência da Sífilis. Conhecimentos específicos sobre a doença e o tratamento foram obtidos após o diagnóstico. Houve um impacto psicossocial para o qual foi relevante o apoio emocional. Colaboradores em relação estável compartilharam o diagnóstico, e o desfecho para o casal variou conforme a dinâmica da díade. Pode-se dizer que o conhecimento sobre as complicações da doença não tratada somado à valorização da saúde, ao equilíbrio emocional, e à adoção de posturas de autocuidado pelos colaboradores favoreceram a adesão ao tratamento. Conclui-se que este é um importante tema de investigação, uma vez que a Educação Sexual que ocorre em Programas Preventivos em Saúde Sexual deveria considerar a vivência da população que passou pela experiência de contágio e tratamento de uma IST, visando elucidar aspectos relevantes que auxiliem educadores e profissionais da saúde a compreenderem os sentimentos e comportamentos que levam as pessoas ao contágio e ao tratamento.

Palavras-chave: Sexualidade, Sífilis Adquirida, Educação Sexual, Saúde Sexual, Autocuidado.

Abstract

The number of people affected by Syphilis increased in the last years in Brazil and despite being a curable disease with an available treatment in the Sistema Único de Saúde, the adherence of users to it has been a challenge. This descriptive qualitative research had as objective to describe and analyze sexual-affective experiences, self-care and sex education, based on the reports of cured people. Eight collaborators, four men and four women, aged between 18 and 51 years, participated in an interview for later content analysis, resulting in the following thematic categories: 1) Sexual Education; 2) Acquired Syphilis; 3) Relationships and 4) Self-care. The Sexual Education received in adolescence don't appear to contribute to the perception of vulnerability to sexually transmitted infections (STIs), which changed after the experience of Syphilis. Specific knowledge about the disease and treatment were obtained after diagnosis. There was a psychosocial impact in which emotional support was relevant. Patients in a stable relationship shared his diagnosis, and the outcome for the couple varied according to the dynamics of the dyad. It can be said that the knowledge about the complications of the untreated illness added to the valorization of health, the emotional balance, and the adoption of self-care postures by the collaborators made the adherence to the treatment better. It is concluded that this is an important research topic, since the Sexual Education of Sexual Health Preventive Programs should consider the experience of the population that has faced the contagion and treatment of an STI in order to elucidate relevant aspects that could help educators and health professionals to understand the feelings and behaviors that lead people to contagion and treatment.

Keywords: Sexuality, Syphilis; Sexual Education, Sexual Health, Self-care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Evolução dos usuários diagnosticados com sífilis no CTA em 2013 nas etapas do tratamento 49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fases e sintomas da Sífilis adquirida.	20
Quadro 2	Perfil dos colaboradores.	55
Quadro 3	Síntese das categorias por temáticas.	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GPESEC	Grupo de Estudo e Pesquisa Sexualidade, Educação e Cultura
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LASEX	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Educação Sexual
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-exposição sexual
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
USP	Universidade de São Paulo
WAS	World Association for Sexual Health

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO: REVISÃO TEÓRICA	19
2.1 A Sífilis adquirida	19
2.1.1 Aspectos clínicos.....	19
2.1.2 Fatos históricos.....	21
2.1.3 Dados epidemiológicos	24
2.2 A infecção pela Sífilis e sua assistência nos serviços de saúde	26
2.3 Educação Sexual: autonomia e autocuidado	41
3. MÉTODO	47
3.1 Caracterização do campo de estudo.....	47
3.2 Os colaboradores.....	50
3.2.1. Critérios de seleção	50
3.2.2 Acesso aos participantes.....	51
3.3 Instrumentos de coleta de dados.....	56
3.4 Procedimentos	57
3.4.1. Procedimentos éticos.....	57
3.4.2. Procedimentos de coleta de dados.....	58
3.4.3 Procedimentos de análise de dados	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1 Quem foram nossos colaboradores?	60
4.1.1 Beto, Masculino, 51 anos.	60
4.1.2 Leonardo, Masculino, 24 anos.	61
4.1.3 Mário, Masculino, 22 anos.....	62
4.1.4 Arnaldo, Masculino, 29 anos.....	63
4.1.5 Viviane, Feminino, 18 anos.....	64
4.1.6 Carmem, Feminino, 30 anos.	65
4.1.7 Cecília, Feminino, 36 anos.....	67
4.1.8 Eunice, Feminino, 32 anos.	68

4.2 O que nossos colaboradores nos contam? : descrição das categorias temáticas e discussão.....	68
4.2.1 Educação Sexual: fontes de informações e formação em sexualidade	69
4.2.1.1 Família	69
4.2.1.2 Escola.....	73
4.2.1.3 Amigos.....	75
4.2.1.4 Religião.....	76
4.2.2 A Vivência da Sífilis adquirida	77
4.2.2.1. Antes da Sífilis: contágio, diagnóstico e informações sobre a infecção.....	77
4.2.2.2. Após o diagnóstico: sentimentos e tratamento	91
4.2.3 Sífilis adquirida e Relacionamentos interpessoais	97
4.2.3.1 Revelação do diagnóstico e tratamento junto o/a parceiro/a	97
4.2.3.2 Relacionamentos sociais, afetivos, conjugais e sexuais	106
4.2.4 Autocuidado	110
4.2.4.1 Preocupação com a própria saúde	111
4.2.4.2. Valorização de si	112
4.2.4.3 Vulnerabilidade: percepções e ações preventivas	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	125

1 APRESENTAÇÃO

Apresento a trajetória profissional por mim percorrida, a fim de contextualizar a motivação para o desenvolvimento do presente estudo durante o Mestrado Profissional em Educação Sexual.

Realizei (2002-2005) a Graduação em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP), com interesse, sobretudo, nas áreas da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. Contribuíram de forma marcante para minha formação profissional as atividades acadêmicas junto à Liga de Psiquiatria da EERP- USP, assim como os estágios (extracurricular e de conclusão de curso) realizados no serviço de assistência ambulatorial em saúde mental “Hospital-Dia”, Unidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP- USP).

Nestes estágios, tive a oportunidade de vivenciar intensamente o trabalho em equipe multiprofissional, a relação interpessoal terapêutica profissional-paciente, e o “manejo” da saúde-doença pelos pacientes e por seus familiares. Estes aspectos constituíram permanentemente meu olhar sobre o cuidado em saúde ao longo de todos esses anos de atuação como enfermeira assistencial.

Em 2007, ingressei na Prefeitura Municipal de Bauru¹, como enfermeira assistencial em uma Unidade Básica de Saúde do município. No período de 2008 a 2015, dediquei-me ao trabalho no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviço especializado na prevenção e diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis² (IST) / Síndrome da

¹ Bauru possui 369.368 habitantes em 2016, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350600>. Acessado em 16 de outubro de 2016.

² A expressão Infecções Sexualmente Transmissíveis tem sido utilizada atualmente pela comunidade científica ao invés de Doenças Sexualmente Transmissíveis, pois muitas infecções são adquiridas e transmitidas no período assintomático, antes da manifestação da doença. Mantivemos a referência à

Imunodeficiência Humana Adquirida (Aids). A assistência de enfermagem neste contexto consistia principalmente no Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids para os usuários que realizavam testagem para o Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV), as Hepatites B, C e a Sífilis. A partir da implantação da testagem rápida em 2009, a execução dos testes e confecção dos laudos de resultado tornaram-se também parte da minha rotina de trabalho.

Por reconhecer a relevância dos conhecimentos gerenciais para a organização e a qualidade do serviço prestado, cursei (2009-2011) a Especialização em Gestão de Organizações Públicas pela Fundação para o Desenvolvimento de Bauru que atua junto ao Campus da Universidade Estadual Paulista (UNESP) do município. No período de 2010 a 2013, além das atividades de assistência aos pacientes e da supervisão da equipe de enfermagem, exerci também a função de encarregada administrativa pelo CTA Bauru.

Em 2013, fui convidada pela Coordenação do Programa Municipal de DST / Aids para compor a equipe de multiplicadores que capacitavam outros profissionais de saúde de Bauru e região para a execução da Testagem Rápida Diagnóstica do HIV, e de Triagem para a Sífilis e as Hepatites B e C. Participar da organização e docência destes cursos revelou-me o prazer nas ações educativas. Consolidou-se a convicção de que o enfermeiro é educador, sobretudo na área da prevenção, na abordagem individual e grupal aos clientes, assim como na educação continuada da equipe de enfermagem. Concomitantemente, a Educação em Saúde, a Saúde Sexual, e a Sexualidade revelaram-se como interessantes campos de estudo.

Assim, em 2014, ingressei no Programa de Mestrado Profissional em *Educação Sexual*, da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Araraquara/SP, pela linha *Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores*. Esta linha de

pesquisa contempla justamente a formação de profissionais de Saúde para lidar com a especificidade das questões e situações envolvendo a sexualidade.

A eleição da temática para o desenvolvimento da dissertação teve relação com a percepção de dois acontecimentos na prática clínica do CTA Bauru. A primeira foi a de um aumento considerável na quantidade de pessoas que vinham sendo diagnosticados com Sífilis. E a segunda foi a de que apenas uma pequena parcela das pessoas diagnosticadas com Sífilis seguia o tratamento até a constatação da cura.

Na ocasião refleti, junto com a equipe, que em seu aspecto clínico, a Sífilis parece ser uma condição facilmente tratável, visto que a ciência médica dispõe da antibioticoterapia que garante a cura da infecção. Contudo, o tratamento exige a adoção de medidas comportamentais, como comparecer para a aplicação de todas as doses do medicamento injetável, prevenir a reinfecção, e coletar exames para confirmar a cura. É na dimensão humana que conjuga também os aspectos psicossociais que o tratamento da pessoa com Sífilis se mostra complexo. Mediante esta realidade, almeja-se colaborar para o corpo de conhecimentos sobre o autocuidado no tratamento da Sífilis, colaborando também para a discussão em torno do aprimoramento das práticas de educação para a saúde sexual.

Esta pesquisa analisou as vivências afetivo sexuais, o autocuidado, e a Educação Sexual de pessoas curadas da Sífilis adquirida e sua realização será apresentada do seguinte modo. As Seções iniciais, que se referem à Revisão da Literatura, discorrem sobre a Sífilis a partir de dados clínicos, históricos, e epidemiológicos, a atenção para a subjetividade da pessoa que vivencia a Sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e, ainda, enfatiza a Educação Sexual no âmbito da assistência em saúde, como educação para a saúde sexual, promotora de autonomia e autocuidado.

Em um segundo momento, apresenta-se o método utilizado neste estudo, descrevendo o percurso em campo, o acesso aos colaboradores³ conforme os critérios de seleção, os procedimentos de coleta e análise de dados. Finalmente, os Resultados organizam as categorias temáticas e uma discussão sobre eles, dialogando com os estudos da literatura científica consultada, e enfocam a Educação Sexual promotora de autocuidado.

³ Escolhemos a utilização do termo “colaborador” para reforçar a postura ativa dos entrevistados, que, ultrapassando o fornecimento de informações, demonstraram envolvimento na investigação ao relatarem suas experiências e suas reflexões sobre elas.

2 INTRODUÇÃO: REVISÃO TEÓRICA

2.1 A Sífilis adquirida

Realizamos uma revisão teórica com aspectos clínicos, epidemiológicos e históricos da Sífilis adquirida, que contextualizam o adoecimento e o autocuidado no tratamento desta doença. Destacamos que hoje, apesar da disponibilidade dos métodos diagnósticos e de tratamento eficazes, ainda estamos longe de poder atribuir à Sífilis o status de doença superada, visto que se mostra claramente como uma doença em recrudescimento.

2.1.1 Aspectos clínicos

A Sífilis adquirida diz respeito à infecção pela bactéria *Treponema pallidum* sexualmente transmitida. O outro modo de transmissão da Sífilis é a forma congênita durante a gestação ou pelo canal de parto (menos comum), que pode implicar no aborto e em graves manifestações ou sequelas para a criança. O intuito neste estudo é de nos atermos especificamente aos casos de Sífilis adquirida, entretanto, admitimos que há uma inter-relação, pois quanto maior a prevalência de casos em mulheres, maiores as probabilidades de ocorrência da Sífilis em gestantes e da transmissão congênita na ausência do tratamento adequado.

A evolução clínica da infecção pela Sífilis adquirida é dividida nas fases primária, secundária e terciária, de acordo com a manifestação de sintomas específicos, conforme apresentado resumidamente a seguir:

FASE	DESCRIÇÃO
 PRIMÁRIA	<p>Após cerca de três semanas da infecção, manifesta-se uma lesão ulcerativa no local de inoculação da bactéria, o chamado “cancreo duro”.</p>
 SECUNDÁRIA	<p>De seis semanas a seis meses após o contato sexual, manifestam-se lesões de pele, tipicamente nas palmas das mãos e plantas dos pés. Possibilidade de queda de cabelo e sobrancelha, e mais raramente acometimento ocular, hepático e neurológico.</p>
 TERCIÁRIA	<p>À longo prazo, de dois a quarenta anos do contato, aproximadamente 30% dos casos (não tratados) irá manifestar lesões cutâneas, neurológicas, cardíacas e ósseas.</p>

Quadro 1. Fases e sintomas da Sífilis adquirida. Fonte: A autora adaptou a partir de Brasil (2015) e imagens de Avelleira e Bottino (2006).

Os sintomas das fases primária e secundária costumam regredir espontaneamente (mesmo na ausência do tratamento) e a infecção cursa com períodos de latência em que os sintomas estão ausentes. Nesta situação o diagnóstico ocorre por meio de exames sorológicos.

O protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015) baseia-se na classificação realizada no momento do diagnóstico em Sífilis recente ou tardia. Considera-se Sífilis recente quando o tempo decorrido desde o contágio é menor de um ano, ou Sífilis tardia quando a duração é maior de um ano. O medicamento de primeira escolha utilizado para o tratamento é a Penicilina G benzatina, na dose de 2,4 milhões UI, intramuscular. Cada dose exige a aplicação de duas injeções de 1,2 milhão UI, sendo uma injeção em cada glúteo.

Na Sífilis recente é preconizada dose única, enquanto na Sífilis tardia serão necessárias três doses, com intervalo de uma semana entre as aplicações. É imprescindível um seguimento por meio de exames periódicos para a efetivação da cura ser constatada. Para a população geral⁴, a periodicidade preconizada para a coleta dos exames é a cada três meses no primeiro ano de seguimento, e a cada seis meses no segundo ano. Caso seja verificada a persistência da infecção, por tratamento incompleto, reinfecção, ou falha terapêutica, um novo esquema de tratamento deve ser reiniciado.

Quanto mais recente o diagnóstico e o tratamento, maiores as chances de obter um resultado não reagente (que indica a ausência da infecção) no exame pós-tratamento. Ao passo que na infecção tardia, o registro da infecção passada pode persistir no resultado de exame, na chamada cicatriz sorológica. Neste caso, a infecção não está mais presente, mas deixou uma marca que pode ser duradoura no resultado do exame, às vezes por toda a vida. Outra informação importante acerca do tratamento para a Sífilis é que ao ser realizado por completo proporciona a cura da infecção, porém não confere imunidade, sendo recomendado ao usuário prevenir-se de uma reinfecção.

2.1.2 Fatos históricos

Partindo dos primeiros registros da Sífilis até chegarmos aos mais contemporâneos, podemos observar algumas das características atribuídas a esta doença tão antiga e ao mesmo tempo tão atual.

A hipótese mais aceita sobre a origem da epidemia de Sífilis é a da transmissão após o retorno da frota de Cristóvão Colombo do continente Americano à Espanha no século XV. Esta hipótese se baseia nos registros dos primeiros casos de uma doença agressiva e

⁴ Gestantes em seguimento de controle de cura devem fazer a testagem mensalmente.

desconhecida pelos médicos europeus até o momento. Há indícios de que a doença se disseminou durante a guerra entre Espanhóis e Franceses pelo território de Nápoles, por volta de 1494, e após a guerra com o retorno dos soldados mercenários para seus diversos países de origem. A doença era sempre atribuída a outros povos, sendo que os franceses à chamavam “Mal de Nápoles”, os italianos “Mal Gálico”, e assim por diante (Ujvari, 2003). Desta forma, a Sífilis já surge como doença cuja origem e consequente responsabilização ou culpa é atribuída ao outro (povo).

Os primeiros registros descreviam a manifestação severa da doença. As manchas na pele identificavam os acometidos gerando estigma e discriminação, pois a doença logo foi relacionada à prostituição e associada a sinal de pecado e mau comportamento (Ujvari, 2003). Até meados do século XIX a Sífilis foi considerada como uma consequência da irritação pelo excesso sexual, logo, sexualmente produzida (Carrara, 1996). Os conhecimentos de microbiologia eram inexistentes até então, e o sexo era visto como produtor da doença, e não como a via de transmissão da infecção. Em um período de forte influência da moral Cristã, a doença foi ainda associada ao castigo pelo “pecado do sexo”, sendo os doentes culpados por seu mal, e o tratamento praticamente uma punição para tal. Foram utilizados no tratamento da doença a planta *Guaianacum*, Mercúrio, Sal de Bismuto, e derivados do Arsênio (Tampa, Sarbu, Matei, Benca, & Georgescu, 2014). Durante aproximadamente quatro séculos, até a descoberta do antibiótico Penicilina, o tratamento era tóxico e pouco eficaz, causando acentuado sofrimento aos doentes.

A Sífilis foi responsabilizada por uma ampla gama de agravos, não apenas relacionados aos hoje conhecidos sintomas genitais, dermatológicos, cardíacos e neurológicos. As pessoas infectadas pela Sífilis foram julgadas como pessoas possuidoras de desvios morais e de uma degenerescência de caráter, que inclusive seria hereditária. Apesar da descoberta do *Treponema Pallidum* (bactéria agente da infecção), em 1905, ter permitido

algumas diferenciações diagnósticas, a Sífilis somente se tornou um problema médico a ser tratado de forma científica e racional a partir da segunda metade do século XX, com as descobertas científicas nas áreas da microbiologia, nas especialidades médicas, na genética, e com o fim de um período de ideologia da eugenia (Carrara, 1996).

Não poderíamos deixar de citar neste histórico da Sífilis um marco da mais alta crueldade e falta de ética em pesquisa. Com o apoio do governo norte-americano, através do Serviço de Saúde Pública, foi realizada pela Universidade de Tuskegee (Estado do Alabama) uma pesquisa com aproximadamente quatrocentos homens negros aos quais foi negado o tratamento da Sífilis adquirida para a observação médica da frequência e gravidade das complicações na evolução da doença. O absurdo “experimento” durou de 1932 até 1972, período em que os medicamentos derivados do Arsênio, e posteriormente a Penicilina já estavam disponíveis (Ujvari, 2012). Este crime contra a população negra que tinha a infecção pela Sífilis teve apoio do Governo e da Universidade do Estado do Alabama, e foi retratado em detalhes no filme “*Miss Ever’s boys*” (1997) traduzido para o português como “Cobaias”⁵. Este fato nos incita reflexões sobre a necessidade da vigilância da ética em pesquisa, e da viabilização de políticas públicas efetivas para a atenção e prevenção da Sífilis e outras doenças.

Retomando a cronologia das descobertas científicas, em 1906, foi descoberto o primeiro teste sanguíneo que detectava alterações provocadas pelo *Treponema Pallidum*, permitindo o conhecimento sobre as diferentes fases da Sífilis de acordo com as manifestações clínicas e os períodos assintomáticos. Porém, este teste apresentava uma grande frequência de resultados falsos-positivos, tendo levado várias pessoas sadias ao sofrimento psicológico e social do diagnóstico e dos efeitos tóxicos do tratamento (Carrara,

⁵ Produção dos Estados Unidos. Direção de Joseph Sargent. Gênero: Drama. Baseado em fatos reais. Para mais informações: <https://cinemahistoriaeducacao.wordpress.com/cinema-e-saude/cobaias/>.

1996). O diagnóstico da infecção em pessoas assintomáticas trouxe a percepção da Sífilis como uma doença silenciosa.

Na atualidade, com a descoberta de novos métodos diagnósticos, contamos com uma variedade de testes para a detecção precisa destes casos assintomáticos. Os testes são importantes, pois quando os sintomas nas fases iniciais da doença estão presentes, apesar da facilidade em serem identificados, podem passar despercebidos, serem confundidos com outros agravos, ou não receberem a devida atenção dos acometidos por regredirem espontaneamente. Contudo, mesmo com a melhora espontânea do sintoma, na ausência do tratamento a infecção pela Sífilis continua no organismo e pode acarretar complicações futuras.

Apesar de ter sido descoberta em 1928, a penicilina só teve o uso injetável testado e implantado em larga escala a partir da década de 1940 (Ujvari, 2003). Até o momento, continua a ser o antibiótico de primeira escolha pela maior eficácia no tratamento da Sífilis. Contudo, a disponibilidade do tratamento não representou a erradicação da doença.

2.1.3 Dados epidemiológicos

Os dados demonstram que o enfrentamento da epidemia de Sífilis permanece um desafio. Conforme estimativa da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) a prevalência de Sífilis no Brasil no ano de 2009 entre gestantes era de 1,6%, sendo ainda maior entre populações mais vulneráveis: 2,5% entre profissionais do sexo, e de 8,3% entre homens que fazem sexo com homens. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (Brasil, 2016), entre 2010⁶ e 2016 foram registrados 227.663 casos de Sífilis adquirida no país, sendo a maior

⁶ A notificação compulsória da Sífilis adquirida em todo o território nacional foi instituída através da portaria número 2.472 de 31 de agosto de 2010.

parte das regiões Sudeste (62,1%) e Sul (20,5%). O perfil dos 65.878 casos no ano de 2015⁷ era de maioria do sexo masculino (60,2%) e na faixa etária dos 20 aos 29 anos (33,1%) (Brasil, 2016).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de DST/ Aids do Estado de São Paulo (2015) houve um aumento de 950% no número de casos de Sífilis adquirida no estado entre 2007 e 2014, totalizando 89.938 notificações no período, com maior prevalência entre indivíduos do sexo masculino (61,1%) e na faixa etária de 20 a 29 anos (26,8%), de forma semelhante ao perfil nacional. Os dados mostram ainda que, no ano de 2014, foram contabilizados 25.787 casos novos no Estado de São Paulo, com uma taxa de detecção de 60,4 casos por 100.000 habitantes. E na região de Bauru também houve um aumento gradativo no número de casos, seguindo a tendência do Estado de São Paulo (São Paulo, 2015). O aumento dos casos no Estado foi atribuído por Artur Kalichman, coordenador adjunto do Programa Estadual de DST/Aids, à melhoria do sistema de notificação e à diminuição do uso de preservativos (Cambricoli, 2015). Em 2014, a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, notificou 413 casos de Sífilis adquirida (Liborio, 2016). Calculamos que a taxa de detecção de Sífilis no município em 2014⁸ foi de aproximadamente 113 casos por 100.000 habitantes, ou seja, bem acima da taxa do Estado. Esses dados nos aproximam da problemática que deu origem ao presente estudo.

Com essa introdução a partir de dados objetivos, conhecemos alguns elementos que contextualizam o adoecimento e o autocuidado no tratamento da sífilis adquirida. Vimos que a infecção pode ser assintomática por muito tempo, ou manifestar nas fases iniciais alguns sintomas, bem mais amenos em comparação às manifestações relatadas séculos atrás.

⁷ Como o Boletim Epidemiológico Nacional de Sífilis apresenta os dados do período até junho de 2016, preferimos utilizar as informações referentes ao ano completo de 2015.

⁸ Cálculo baseado em 413 casos de Sífilis adquirida para 364.562 habitantes (IBGE) no município de Bauru em 2014.

Destacamos também que a ciência biomédica hoje dispõe de métodos diagnósticos e de tratamento bastante eficazes. Entretanto, ainda estamos longe de poder atribuir à sífilis o status de doença superada, visto que no momento se mostra claramente como uma doença em recrudescimento. A quantidade e o perfil das pessoas acometidas pela sífilis, as complicações severas na fase tardia da doença para o adulto não tratado, assim como as complicações ao feto e/ou à criança quando há transmissão durante a gestação trazem preocupações aos profissionais de saúde. Ademais, existe também a dimensão psicossocial de quem vivencia a infecção pela sífilis, a quem se impõe a necessidade do enfrentamento desta condição. Sobretudo, é esta perspectiva subjetiva das pessoas que vivenciaram a infecção pela sífilis que iremos investigar e valorizar neste estudo.

Cyrino (2009) expõe duas possíveis concepções para o termo “doença”, que na língua inglesa correspondem às palavras *sickness* e *ilness*. A primeira concepção se refere à doença cientificamente objetivada. Essa nos parece ser a mais corriqueiramente utilizada como paradigma na área da Saúde. No caso das doenças infecciosas, incluiria conhecimentos como o agente causador, as lesões que provoca no organismo, o período de incubação, e etc. A segunda concepção diz respeito ao adoecer subjetivamente experimentado pelos indivíduos. O autor afirma o equívoco da prática biomédica que reduz a segunda à primeira. Assim, buscando valorizar essa perspectiva subjetiva, prosseguiremos com o enfoque na vivência de adoecimento pela Sífilis e seu enfrentamento pelos acometidos.

2.2 A infecção pela Sífilis e sua assistência nos serviços de saúde

Para uma revisão da produção acadêmica referente à vivência da infecção pela Sífilis adquirida, efetuamos buscas de estudos na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), assim como na base de Periódicos e no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento

de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Grande parte dos trabalhos encontrados tratava das temáticas da Sífilis congênita, de dados epidemiológicos, principalmente, entre gestantes, de métodos diagnósticos, de relatos de casos clínicos, e alguns abordavam protocolos técnico-gerenciais e dados históricos. Apenas o estudo de Cavalcante et al. (2012) apresentou a especificidade de abordar a perspectiva das mulheres que vivenciaram a Sífilis adquirida sobre a experiência de adoecimento e tratamento. Devido à escassez de literatura, incluímos em nossa revisão três artigos (Silva & Santos 2004; Silva et al., 2010; Victor et al., 2010) e uma dissertação (Brito, 2008) sobre a experiência de mulheres que tiveram o diagnóstico de Sífilis no pré-natal. Contudo, o foco de nossa leitura não foi na transmissão vertical, e sim na experiência do diagnóstico e tratamento destas mulheres.

Incluímos também dois artigos (Araújo & Silveira, 2007; Souza & Barroso, 2009) e uma dissertação (Costa, 2005) sobre as vivências de mulheres acometidas por outras IST, visto que apresentam em comum com a Sífilis o modo de transmissão, a possibilidade de manifestação do sintoma genital, além da pouca atenção e importância que por vezes recebem dos profissionais de saúde e das próprias pessoas acometidas. Não nos ativemos aos estudos sobre pessoas vivendo com HIV justamente por avaliarmos que antes de uma reflexão a respeito das especificidades e similaridades entre as suas vivências e as dos acometidos por outras IST, estas últimas precisam ser conhecidas mais profundamente.

Na ausência de estudos sob a perspectiva de homens que vivenciaram a infecção pela Sífilis ou outras IST, consideramos dois estudos sobre representações sociais de Sífilis (Mauch et al., 2012) e outras IST entre homens (Barbosa & Freitas, 2014).

No estudo de Cavalcante et al. (2012), foram entrevistadas sete mulheres em tratamento para Sífilis na Atenção Básica de Sobral/Ceará, com o seguinte perfil: idades entre 27 a 43 anos, com escolaridade entre ensino fundamental e ensino médio, a maioria se ocupava de atividades domésticas, estava em parceria fixa, e havia tido o diagnóstico no pré-

natal. Foram excluídas da amostra inicial uma mulher com transtorno mental e duas outras gestantes, visto que o enfoque do estudo não era na transmissão vertical. Os autores não informam sobre a ocorrência da transmissão congênita na amostra de entrevistadas. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada, em que se investigou: os conhecimentos em relação à doença, os sentimentos vivenciados frente ao diagnóstico e o tratamento, e as necessidades e dificuldades enfrentadas. Ainda neste estudo, os resultados apontaram que as entrevistadas possuíam pouco ou nenhum conhecimento sobre a Sífilis, com ausência de orientações pelos profissionais de saúde ou dificuldade em assimilar as informações recebidas. Os autores inferiram que o pouco conhecimento que as entrevistadas demonstraram possuir havia sido adquirido após o diagnóstico. Após a ciência do diagnóstico foram relatados os sentimentos de tristeza, vergonha, culpa, preocupação quanto aos sintomas e a cura, e preocupação quanto a transmissão ao bebê. Foram relatadas dificuldades em relação ao tratamento da doença, com queixas de que a injeção era muito dolorosa, e da necessidade de repetir o tratamento (devido à incompletude do tratamento anterior ou a reinfeção mediante a recusa do parceiro em realizar a testagem e o tratamento).

Cavalcante et al. (2012) também encontraram que a revelação do diagnóstico ao parceiro fixo foi dificultada pela falta de abertura para o diálogo, pelo temor do desprezo, de ser responsabilizada, ou de encarar uma infidelidade do parceiro. Duas entrevistadas preferiram ocultar o diagnóstico do parceiro. A desconfiança e as acusações entre o casal geraram conflitos e em um caso o rompimento do relacionamento. A experiência da infecção pela Sífilis parece ter proporcionado a percepção da própria vulnerabilidade, e a adoção do uso do preservativo. A continuidade das relações sem preservativo foi associada ao insucesso em negociar o uso do preservativo com o parceiro e à preferência em não utilizar. A revelação do diagnóstico para familiares foi fonte para o recebimento de apoio emocional. Contudo, esteve presente também a escolha em ocultar o diagnóstico da família, diante do

medo da discriminação. Os autores discutem a importância da revisão das estratégias educativas para que os pacientes se tornem mais esclarecidos e seguros, em um aconselhamento atento aos aspectos psicossociais, livre de julgamento, e que possibilite a inclusão do parceiro sexual.

Refletimos que este estudo revela impactos psicossociais da infecção pela Sífilis que podem trazer dificuldades para o tratamento. E ainda que, apesar da aquisição de informações nem sempre ser suficiente para desencadear um comportamento preventivo ou de adesão ao tratamento, visto a existência de outros fatores de vulnerabilidade⁹ (individuais, sociais e institucionais), o acesso do usuário à informação continua a ser imprescindível como estímulo à sua escolha do autocuidado, sendo papel do profissional de saúde garanti-lo.

A seguir, o recorte dos estudos no grupo de mulheres que transmitiu a Sífilis aos seus filhos na gestação nos possibilita uma visão de circunstâncias da falha no tratamento entre estas mulheres. E também, a reflexão sobre aprimoramentos possíveis e necessários nas intervenções dos profissionais de saúde de modo a contribuir para a adesão dos usuários ao tratamento.

Silva e Santos (2004) identificaram na prática clínica que mulheres que (re) descobriam a Sífilis congênita na maternidade sofriam um intenso impacto emocional. Apesar de terem conhecimento prévio de que a Sífilis é uma IST, desconheciam sua gravidade e a possibilidade da transmissão vertical. A fim de identificar seus conhecimentos prévios e analisar seus sentimentos quanto à transmissão vertical, entrevistaram cinco mulheres que estavam no alojamento conjunto da Maternidade por terem tido filhos com Sífilis congênita. O perfil das entrevistadas era de idade entre 16 e 28 anos, com ensino fundamental incompleto, residentes de favelas da zona norte do Rio de Janeiro e com renda

⁹ O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por Jonathan Mann, em 1992, sendo um referencial teórico utilizado na prevenção das IST. A vulnerabilidade se refere ao conjunto das suscetibilidades constituído por fatores de três dimensões: individual, social e programática (Brasil, 2003).

familiar entre um a três salários mínimos. Três mulheres tinham sido reinfectedas, com histórico de Sífilis diagnosticada na gestação anterior e filho natimorto (em dois casos).

Segundo Silva e Santos (2004):

Elas acreditavam que estivessem curadas por terem recebido duas doses de penicilina benzatina na gestação anterior, ainda no alojamento conjunto. Informam ainda que se sentiam curadas, por não apresentarem nenhum sinal ou sintoma que indicasse a recorrência / permanência da Sífilis. (p. 397).

Em geral, as mulheres entrevistadas afirmaram que já tinham “ouvido falar” da Sífilis e demonstraram falta de aceitação do diagnóstico perante a ausência de sintomas. O tratamento incompleto no pré-natal foi associado à não acreditarem na gravidade da infecção e na transmissão vertical, assim como à falta do medicamento na Unidade de Saúde e ao impedimento de acessar a região da Unidade por comando do tráfico de drogas. Em um caso, o início do pré-natal foi tardio e a mulher recebeu o diagnóstico no pós-parto. Houve acusação do parceiro como culpado pela infecção em um relato, enquanto outro revelou a prática de infidelidade pela entrevistada. Dos cinco parceiros, dois haviam tido diagnóstico durante o pré-natal, porém não realizaram tratamento. Na maternidade, um descobriu estar infectado, outro reinfectedado, e um teve sorologia negativa.

Silva e Santos (2004) propõem uma nova forma de comunicação nas ações de educação em saúde, mais esclarecedora, acolhedora, com ausência de julgamento, ao encontro das concepções de saúde e da história de vida das usuárias. Ressaltam ainda a importância da oferta da testagem às mulheres não gestantes, para um diagnóstico precoce e anterior à gestação. Estas intervenções seriam pensadas em um paradigma assistencial da integralidade do ser humano, ao contrário do modelo biomédico que fragmenta a assistência. Sugerem ainda a importância da ampla divulgação sobre o assunto para a população em geral.

Para investigar percepções de mulheres que fizeram pré-natal a respeito acerca da Sífilis congênita, de Silva et al. (2010) entrevistaram onze mulheres de Olinda/Pernambuco, com idades entre 19 e 41 anos. A maioria era solteira, com ensino fundamental incompleto, se ocupando com atividades domésticas. Em dois casos houve a morte perinatal dos conceptos e as demais crianças, com idades entre um e quatro anos, não apresentaram sequelas da Sífilis congênita. Os autores destacam dois depoimentos que chamaram a atenção: um por negação do diagnóstico, e outro pelo total desinteresse com a própria saúde e com a saúde da criança. Os achados revelaram que as mulheres tinham poucos conhecimentos sobre a doença, tendo sido informadas apenas sobre prescrições a cumprir, sem maiores esclarecimentos, ou sem terem recebido orientações pelos profissionais de saúde. Apenas um relato descreveu orientações da médica para o tratamento do parceiro, e ainda assim a entrevistada não sabia dizer se o parceiro havia realizado. Na discussão dos dados, Silva et al.(2010) consideraram que a pobreza e a baixa escolaridade exercem influência na percepção das mulheres sobre a ocorrência da Sífilis. A ausência de sintomas também foi relacionada ao descaso com o agravo. Afirmam ainda que as evidências dos escassos conhecimentos entre estas mulheres que realizaram o pré-natal apontam para a necessidade de estratégias de educação em saúde mais eficazes. Sugerem uma comunicação que permita a formação de vínculos de confiança para uma compreensão pelos profissionais das percepções e crenças dos pacientes em relação à saúde. Silva et al. (2010) concebem uma relação entre informações recebidas e a adesão ao tratamento, afirmando que:

Se, no momento do pré-natal, foi desperdiçada a oportunidade de oferecer à gestante infectada pela Sífilis as informações necessárias para que ela mesma desenvolva potencialidades de enfrentamento em relação à doença e de adesão ao tratamento, uma nova chance de abordagem se apresenta ainda na ocasião do parto, momento em que se poderia dedicar maior atenção a essas puérperas (p. 308).

Victor et al. (2010) também entrevistaram puérperas¹⁰ de Fortaleza/Ceará que estavam internadas em unidades de alojamento conjunto e que acompanhavam seus filhos em tratamento para a Sífilis congênita. As vinte mulheres tinham faixa etária entre 17 e 24 anos, e em sua maioria possuíam ensino médio incompleto, estavam em parceria estável, eram donas de casa, e tinham renda familiar igual ou menor que um salário mínimo. Quatorze mulheres tinham recebido o diagnóstico no pré-natal. As autoras ressaltam que as seis depoentes sem diagnóstico no pré-natal não tiveram o manejo profissional adequado, que teria sido a entrega do resultado, o tratamento e as orientações quanto às medidas de controle. Os depoimentos mostraram que os conhecimentos sobre a Sífilis se restringiram a ser uma IST prevenida pelo uso do preservativo, o que segundo as autoras salienta a necessidade de ações educativas que contribuam para a redução da Sífilis congênita.

Brito (2008) entrevistou 10 mulheres com filho internado em unidade neonatal para tratamento de Sífilis congênita de São Paulo/São Paulo, com idades entre 19 e 39 anos, sendo a maioria do lar e em relação estável. Tanto aquelas que haviam tido o diagnóstico no pré-natal quanto as que haviam sido informadas no pós-parto relataram sofrimento frente a transmissão congênita e necessidade de tratamento do bebê. No momento do diagnóstico receberam informações sobre a Sífilis: de que é uma IST, sua fase latente, gravidade e possibilidade da transmissão congênita. Apresentaram questionamentos sobre quem teria sido o transmissor entre o casal. A preocupação quanto à testagem e ao tratamento do parceiro esteve presente. Houve temor da reação do parceiro e do prejuízo ao relacionamento, assim como efetivo abalo na relação pela perda da confiança no parceiro. O diagnóstico foi omitido do círculo social, por vergonha, constrangimento e temor da discriminação. A assistência pré-natal foi alvo de críticas, pela informação e tratamento tardios.

¹⁰ Mulheres no período pós-parto.

Brito (2008) discute que a vivência da Sífilis congênita decorre das experiências prévias destas mulheres, destacando o estigma relacionado a ser uma doença de transmissão sexual. Aponta ainda para a pertinência da assistência livre de julgamentos e que valorize os usuários enquanto sujeitos do (auto) cuidado.

Estes estudos entre mulheres diagnosticadas com Sífilis sem tratamento oportuno na gestação evidenciam falhas na educação em saúde, além do desafio do tratamento concomitante do parceiro sexual. Este último aspecto foi evidenciado nos dados epidemiológicos em que somente 47,4% dos parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com Sífilis no Estado de São Paulo entre 2007 e 2015 haviam sido tratados. Já entre os casos de Sífilis congênita, apenas 11,3% dos parceiros haviam sido tratados, demonstrando a relevância do tratamento concomitante do parceiro na prevenção da Sífilis congênita. (São Paulo, 2015).

Adiante, seguimos para conhecer alguns estudos que investigaram vivências de Sífilis e outras IST entre mulheres. Araújo e Silveira (2007) entrevistaram 14 mulheres em relação estável em tratamento para DST em uma Unidade de Saúde de Fortaleza/ Ceará, com idades entre 18 e 32 anos, a maioria com ensino médio completo. Cinco estavam desempregadas, e as demais tinham ocupações diversas. Onze entrevistadas haviam recebido o diagnóstico de HPV, duas o diagnóstico de Herpes e uma de Sífilis. O diagnóstico recebido foi causador de impacto emocional, com quadros depressivos relacionados ao medo de sofrer discriminação. Uma entrevistada, considerada pelas autoras como possuidora de boa autoestima, superou o abalo emocional inicial do diagnóstico de HPV, com a percepção da infecção ser passível de tratamento para controle e a afirmação de suas expectativas de vida. Saber-se com DST tendo tido poucos parceiros sexuais ou um parceiro único assintomático foram motivos de indignação entre as entrevistadas. O tratamento do HPV demanda várias sessões, o que acarretou em dificuldades para comparecer aos atendimentos, devido ao horário de trabalho, e

a morar longe. As orientações e o apoio dos profissionais de saúde foram citados como relevantes para o enfrentamento das dificuldades psicossociais advindas do diagnóstico da DST. Ao mesmo tempo, as autoras identificaram em um relato informações equivocadas prestadas por um profissional de saúde, levantando a hipótese da dificuldade do profissional em abordar a sexualidade.

Araújo e Silveira (2007) encontraram também que o medo em ser responsabilizada e a falta de abertura para o diálogo levaram três entrevistadas a ocultarem o diagnóstico dos parceiros, enquanto as demais contaram embora também tivessem medo da reação dos parceiros. As reações dos parceiros à revelação do diagnóstico variaram entre a aceitação e a culpabilização, ocorrendo de o relacionamento continuar da mesma forma, se fortalecer pelo enfrentamento conjunto, ou ser abalado pela desconfiança, acarretando a separação. No que se refere ao uso do preservativo, algumas mulheres afirmaram terem aderido ao uso, ao passo que outras referiram usarem ou não conforme a vontade dos parceiros.

As autoras ressaltam a importância do aconselhamento profissional de modo a contribuir para a redução do impacto psicossocial do diagnóstico das DST, propondo um enfoque mais holístico que não envolva só aspectos biológicos, mas também os aspectos psicossociais relacionados à sexualidade. Sugerem que a informação de que a infecção pelo HPV por vezes permanece assintomática pode contribuir para amenizar os conflitos e tensões entre pessoas em relacionamento estável decorrentes do diagnóstico (Araújo & Silveira, 2007).

Sousa e Barroso (2009) entrevistaram sete mulheres em tratamento para DST e em relação estável em Fortaleza/Ceará, a fim de analisar suas crenças e valores, que as autoras pressupõem afetarem o cuidado e a promoção da saúde sexual. Cinco mulheres com diagnóstico de HPV e duas diagnosticadas com Tricomoníase foram questionadas acerca de suas vivências da ciência do diagnóstico e as repercussões para a vida conjugal. O medo da

perda da vida relacionado ao câncer de colo de útero ficou explícito na fala de entrevistadas com diagnóstico de HPV. Já as entrevistadas com o diagnóstico de Tricomoníase não consideraram o agravo significativo. A reação do parceiro à revelação diagnóstica foi de preocupação com a saúde da companheira, e também houve preocupação da transmissão ao bebê no caso de uma gestante. Uma entrevistada afirmou que o parceiro não sabia identificar que seu sintoma era de DST. A crença de que a DST se relaciona com a falta de higiene esteve presente. No caso de parceria sexual única na vida a relação ficou abalada pela suspeita da infidelidade.

Souza e Barroso (2009) observaram que no universo cultural de sua investigação a possibilidade do período de latência das DSTs era desconhecida ou pouco presente. Foi relatada a adoção de cuidados como manter um período necessário de abstinência sexual durante o tratamento, ou o uso do preservativo. Em contrapartida, uma entrevistada afirmou que, por receio de causar desconfiança no parceiro sobre sua relação extraconjugal, ocultou o diagnóstico e continuou a manter relações desprotegidas. As autoras discutem que em alguns casos a DST estimulou o autocuidado, que envolve o autoconhecimento e a autoestima, e enfatizam a oportunidade da reflexão sobre a autonomia das mulheres e a responsabilidade conjunta do casal pela sua saúde sexual. Afirmam ainda que é essencial a habilidade de comunicação entre profissional de saúde e cliente, principalmente quando há diferenças culturais, para uma estratégia co-participativa no cuidado.

Buscando compreender a vivência de mulheres portadoras de DST, Costa (2005) entrevistou oito mulheres que realizavam tratamento em uma Unidade Básica de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, cerca de dois meses após o diagnóstico, com idades entre 19 e 40 anos. O estudo revelou que várias mulheres haviam procurado o atendimento de saúde devido aos sintomas apresentados, contudo afirmaram que não tinham conhecimento de que eram de DST. Algumas entrevistadas referiram terem continuado sem essa informação

mesmo após as consultas médicas. Ao mesmo tempo, um relato demonstrou confiança na conduta médica em solicitar exames para investigação de seus sintomas. Foi afirmada ainda maior preocupação com o HIV do que com as DST, pois aquele vírus “mata” e “não tem cura”.

Na descoberta do diagnóstico foram manifestos sentimentos de indiferença, mágoa, de vitimização (culpando o parceiro) e de culpar-se por não ter se prevenido. Houve ainda a negação da infecção pela DST por parte de entrevistadas que já haviam recebido o diagnóstico. Em alguns casos, a aparente indiferença revelou posteriormente raiva ou medo. Algumas mulheres deste estudo demonstram serem bastante submissas aos parceiros, em suas falas de resignação, sendo que uma menciona ter se tratado da DST para agradar o parceiro. O fato de ter adquirido a infecção em uma relação com um parceiro eventual foi associado ao sentimento de raiva, contudo, com a suposição de que o parceiro não lhe devia satisfação, e à preferência em ocultar a DST da família por receio de ser julgada pela relação eventual. No relacionamento afetivo sexual ocorreu a desconfiança de que o parceiro tivesse sido infiel, e ainda a preferência em ocultar o diagnóstico do parceiro por receio de ser responsabilizada. Foi relatado um caso em que a entrevistada sofreu violência física por ter transmitido a DST.

Ainda no estudo de Costa (2005) várias mulheres ocultaram o diagnóstico da família por vergonha e receio do preconceito. Entre duas entrevistadas que contaram à mãe, uma obteve apoio emocional e a outra não. Entrevistadas afirmaram também terem sido alvo de boatos depreciativos por parte de vizinhos por serem portadoras de DST. Uma mulher afirmou que após a experiência da DST passou a orientar amigas sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo do útero e do uso do preservativo. Algumas mulheres relataram terem recebido orientações e apoio emocional dos profissionais de saúde. Um relato revelou a quebra de sigilo pelo profissional de saúde, e outro o constrangimento da entrevistada frente a persistência do profissional de saúde no questionamento da ocorrência

de relação sexual extraconjugal. Foi apontada a necessidade de que os profissionais de saúde forneçam maiores informações, e benefícios para o relacionamento do casal quando o parceiro é incluído na consulta. Quanto às manifestações físicas, relataram mal-estar por exalar um odor fétido, e dor durante a relação (omitida do parceiro), sensação de não se sentir mais inteira, e a seqüela da infertilidade. Costa (2005) defende uma educação em saúde para a compreensão de si, com a promoção da autonomia para fazer escolhas e para o autocuidado.

Nos chama a atenção que os poucos estudos encontrados que abordam a perspectiva de pessoas que vivenciaram a Sífilis e outras IST tenham o recorte para uma população de mulheres, levantando questionamentos sobre as percepções dos profissionais de saúde em relação aos gêneros. O conceito de gênero é aqui entendido como “uma categoria de análise utilizada para demonstrar a carga de socialização e cultura que atua de forma relacional sobre homens e mulheres” (Brasil, 2003, p.27). Assim, a vulnerabilidade feminina às IST parece receber mais atenção por parte dos profissionais de saúde. Seria com vista em sua saúde reprodutiva? Derivada de observações de desigualdade de gênero sofrida? Baseada em estereótipos de feminilidade enquanto fragilidade e masculinidade enquanto robustez?

Costa-Junior e Maia (2016) entrevistaram seis enfermeiros e cinco médicos atuantes em contextos ambulatorial e hospitalar de um município do interior do Estado de São Paulo acerca de suas percepções de gênero. Foram encontradas percepções de que as mulheres seriam mais vulneráveis em decorrência de suas demandas biológicas, e em contrapartida mais propensas a realizarem consultas, exames preventivos e se submeterem aos tratamentos necessários, sendo culturalmente estimuladas para este cuidado. Refletimos que seja provável que esta percepção da feminilidade enquanto fragilidade e da masculinidade enquanto robustez também vigore na visão dos profissionais quanto aos acometidos por IST, entre outros aspectos.

Notamos ainda que as mulheres e puérperas entrevistadas nestes estudos eram, em sua maioria, de baixa renda e escolaridade, e que os autores valorizaram a percepção das vulnerabilidades às DST relacionadas às questões de gênero. Conforme Parker (2000), a cultura do “machismo” está enraizada na cultura sexual brasileira, estabelecendo relações de domínio dos homens sobre as mulheres, e também as noções de masculinidade e feminilidade, esta última ligada à passividade e submissão. Consideramos que a desigualdade de gênero prejudica a saúde sexual das mulheres ao dificultar o acesso a recursos, a tomada de decisões, e o autocuidado. A seguir, comentamos alguns estudos sobre percepções masculinas acerca da Sífilis e outras IST.

A fim de investigar as representações sociais da Sífilis entre homens, Mauch et al., (2012) entrevistaram 265 homens entre 15 e 59 anos, a maioria solteiros, com nível médio completo ou incompleto, residentes de uma região de Brasília com alta prevalência de Sífilis congênita. Segundo a interpretação das autoras, os homens mais jovens e escolarizados enfocaram no tratamento e prevenção da Sífilis, enquanto os mais velhos, de menor escolaridade e casados mantiveram uma visão mais arcaica da Sífilis como perigosa doença venérea ligada a promiscuidade e às prostitutas. Concordamos com a argumentação das autoras quanto ao prejuízo na percepção de vulnerabilidade entre aqueles que creem que a Sífilis é doença “dos outros”.

Consideramos também relevante a presença de conhecimentos entre os entrevistados do estudo (Mauch et al., 2012) de que a Sífilis é uma IST passível de prevenção e tratamento, que, todavia, pode se agravar e levar à morte caso não tratada, e ainda sobre a possibilidade de transmissão congênita. As autoras não mencionam se estes homens haviam recebido alguma orientação prévia sobre a doença, hipótese que levantamos visto serem residentes de região com alta prevalência de Sífilis congênita. Quanto à referência à palavra “sangue” pelos entrevistados, de modo diverso à interpretação das autoras que consideraram uma

representação errônea e arcaica, refletimos que pode ser uma alusão à fase latente, assintomática, em que a infecção continua no organismo, ou ainda à transmissão vertical.

Barbosa e Freitas (2014) exploraram as influências de crenças na vulnerabilidade e no autocuidado frente às IST entre homens com transtornos mentais. Os relatos dos vinte e dois entrevistados mostraram que, no geral, sabem do risco das IST, porém conhecem-nas somente pelo nome. Possuir mais conhecimentos sobre alguma IST decorreu de já ter sido contraída previamente, ou ter conhecido a experiência de alguém próximo. As IST foram consideradas não tão preocupantes quanto o HIV. Informações sobre as IST foram adquiridas com familiares, amigos, pela televisão, revistas, e em serviços de saúde mental. Entre o que afirmaram não terem mais relações sexuais, o desejo em aprender sobre IST relacionou-se à preocupação em orientar os filhos, e outras pessoas.

O estudo (Barbosa & Freitas, 2014) apontou também para as associações entre o autocuidado e a valorização da saúde, e em contrapartida entre o descuido e a baixa autoestima e/ou a falta de perspectiva de vida. Poucos entrevistados relataram o uso constante do preservativo como estratégia de proteção, sendo que a crença de que o preservativo diminui o prazer na relação sexual parece ter contribuído para tal. Houve um relato de adoção de pacto com o parceiro fixo de realização da testagem do casal e utilização do preservativo nas relações extraconjugais, caso ocorressem. Contudo, a “estratégia de prevenção” mais citada no estudo acima, foi a seleção de parcerias sexuais de aparência saudável, que fossem pessoas de confiança. Seria considerada de confiança aquela pessoa conhecida que não tivesse outros parceiros concomitantemente, de quem se percebesse a honestidade no diálogo, que afirmasse não ter IST, que fosse muito jovem, viúva ou casada. Já as pessoas que ofereceriam risco seriam as prostitutas, vadias, as que querem usar preservativo, ou conhecidas publicamente como portadoras de IST. Estes “critérios de seleção” revelam falsas crenças que parecem incrementar a vulnerabilidade deste grupo às IST. Diante destes

achados, as autoras defendem a necessidade da Educação Sexual para pessoas com transtornos mentais nos serviços de saúde, não de forma prescritiva, mas sim de forma atenta aos aspectos psicossociais e às suas crenças individuais.

Assim, alguns fatores prejudiciais ao enfrentamento das IST revelados pelas mulheres que as vivenciaram foram a falta de conhecimentos, a falha na educação em saúde pelos profissionais, a falta de percepção de vulnerabilidade as IST, a fragilidade emocional frente a doença, o medo da ou a efetiva discriminação social, conflitos com o parceiro, e a desigualdade de gênero. Já entre os homens entrevistados nos dois estudos citados, observamos falsas crenças de que somente as prostitutas oferecem risco de transmitir IST, e de que pela aparência é possível inferir se a parceira oferece risco, demonstrando também uma falta de percepção da própria vulnerabilidade. Também nos chama a atenção a assunção do prazer como valor máximo, bastante presente de modo geral na sociedade contemporânea.

Destacamos como fatores produtores de saúde na experiência de mulheres com Sífilis: o recurso interno de autoestima, a atitude de dialogar com o parceiro, de incorporar o uso do preservativo frente a percepção de risco, bem como o apoio social por parte de familiares, do parceiro, e de profissionais de saúde. Entre os citados por homens, destacamos a valorização da saúde como motivadora para o autocuidado e a estratégia de prevenção do pacto entre o casal. Este entrevistado que relatou o pacto para prevenção das IST com o parceiro era homossexual e tinha maior escolaridade. Esta estratégia de prevenção exige uma relação igualitária, com abertura ao diálogo sobre sexo e fidelidade, ainda assim permanecendo a possibilidade do descumprimento, com o risco da infecção (São Paulo, 2011). Contudo, consideramos uma estratégia legítima que pode diminuir o risco das IST.

Percebemos nesta revisão que a adoção de medidas de autocuidado e a adesão às etapas no tratamento da Sífilis estão permeadas pelo contexto sociocultural e por características individuais, se inserindo na trajetória e significação da vida sexual de cada um.

É também que a subjetividade e a autonomia das pessoas acometidas precisam ser valorizadas pelos profissionais de modo a estimular e apoiar estas pessoas na realização do tratamento. Daí a necessidade de enfocarmos a Educação Sexual recebida ao longo da vida e a educação para a saúde sexual no contexto dos serviços de saúde, como veremos, a seguir.

2. 3 Educação Sexual: autonomia e autocuidado

A ocorrência de uma IST está circunscrita na dimensão da sexualidade das pessoas acometidas. Entendemos a sexualidade de forma ampla, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (2011):

Sexualidade é um aspecto central da existência humana ao longo da vida, e engloba sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução. É experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. (p. ix).

A sexualidade se manifesta em múltiplas expressões, e o modo de ser e de se relacionar peculiar de cada indivíduo é influenciado pelos valores culturais e os padrões sociais vigentes na época histórica e na sociedade em que vive (Maia & Ribeiro, 2011). Assim como a sexualidade agrega as dimensões: biológica, sociocultural e histórica, a saúde sexual constitui-se também dos componentes psicossociais.

A saúde sexual pode ser conceituada como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade” (OMS, 2011, p. ix). Segundo a publicação “*Salud Sexual para el milenio: declaracion e documento tecnico*” (WAS & OPAS, 2009), oito campos interligados constituem a saúde sexual: direitos sexuais, igualdade de gênero, acesso à Educação Sexual, reconhecimento do prazer e da saúde sexual como componente da saúde geral, programas de saúde reprodutiva com olhar para a saúde sexual, violência sexual, IST/ Aids, e disfunções

sexuais. Vários destes componentes se encontram no âmbito da promoção da saúde sexual, ao passo que os últimos citados estão no campo do tratamento e prevenção. Contudo, se no plano teórico realizamos estes recortes a fim de refletirmos sobre cada campo, na realidade eles se apresentam inter-relacionados e se influenciam mutuamente.

Por exemplo, na prática clínica de atenção às pessoas com IST, testemunhamos a violência física, sexual, psicológica e moral sofrida pelas mulheres, assim como pelos homossexuais e transgêneros que continuam a enfrentar a discriminação por sua orientação e identidade sexual. Estes contextos nocivos muitas vezes também acentuam a vulnerabilidade às IST, além de reforçarem a necessidade da continua reivindicação dos direitos sexuais¹¹ em nossa sociedade.

A vulnerabilidade às IST também está presente nas diversas modalidades de relacionamento. A parceria fixa com a crença na fidelidade frequentemente está acompanhada da ilusão de que um relacionamento nos “moldes tradicionais” é isento do risco de infecção por uma IST. Ao mesmo tempo, este modelo de “relacionamento exclusivo e para toda a vida” parece estar sendo abandonado em favor da oportunidade de vivenciar relações com múltiplas parcerias sexuais concomitantemente ou de forma sequenciada. Aplicativos de celular facilitam a experiência do sexo casual com ou sem envolvimento afetivo, sem a obrigatoriedade de algum compromisso. A repercussão positiva desta oportunidade de múltiplas experiências é justamente a maior liberdade para a vivência sexual.

Contudo, as desvantagens também estão presentes. Bauman (2004) relaciona o contexto socioeconômico contemporâneo à sexualidade, no chamado amor líquido, na fragilidade dos vínculos humanos no mundo moderno, de intensa individualização, da transitoriedade, da cultura consumista, do uso imediato e satisfação instantânea, de resultados que não exijam esforços prolongados. Como consequência afirma que sentimos o desejo

¹¹ Os direitos sexuais incluem a liberdade, a autonomia, a integridade, a equidade, o prazer, o acesso às informações cientificamente embasadas, a Educação Sexual e a saúde sexual (WAS, 1999).

conflitante em apertar laços e afrouxá-los, pois, o compromisso duradouro é visto como fonte de cerceamento e insegurança, e simultaneamente há uma abundante disponibilidade de experiências amorosas, embora também não encontremos satisfação na alta rotatividade, mas sim ansiedade e estresse. Destacamos ainda que em contextos de ausência de uso do preservativo, assim como de testagem para a detecção de infecções assintomáticas, estas vivências podem também aumentar a vulnerabilidade às IST.

Para que o profissional de saúde perceba a saúde sexual para além do aspecto biológico, de modo ampliado, necessita de uma formação que contemple a área da sexualidade, tendo a oportunidade de acesso à Educação Sexual formal.

Durante o crescimento e desenvolvimento, adquirimos um aprendizado sobre valores e comportamento relativos à sexualidade na socialização e nas experiências de vida. Esta é considerada uma Educação Sexual informal, que pode ser definida como “toda e qualquer experiência de socialização vivida pelo indivíduo ao longo de seu ciclo vital, que lhe permita posicionar-se na esfera social da sexualidade” (UNESCO, 2014, p.11). Já a Educação Sexual formal é aquela realizada de maneira intencional, planejada, com objetivos, metodologia, didática, que proporciona a discussão e a reflexão sobre os referenciais culturais e éticos dos valores e comportamentos sexuais. (Maia & Ribeiro, 2011, p.76)

Defendemos que a Educação Sexual inserida nos cursos de formação de profissionais de saúde poderia propiciar uma visão mais abrangente da sexualidade e conseqüentemente um embasamento com recursos para a atuação profissional. Um exemplo (entre outros) da contribuição dos estudos em sexualidade para o campo da saúde foi o reconhecimento de barreiras culturais e institucionais para o acesso dos homens à prevenção e aos serviços de saúde, que levou à criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2009 pelo Ministério da Saúde.

Na assistência às pessoas com IST, os profissionais realizam a educação para a saúde ao oferecerem escuta ativa para as dúvidas e inquietações relacionadas à saúde-doença, com diálogo, troca de informações e promoção do autocuidado. Simultaneamente, na relação interpessoal há uma troca de visões de mundo, incluindo valores e posturas, que também são educativas, embora os profissionais nem sempre estejam atentos para tal.

Para Figueiró (2001), a Educação Sexual é “toda ação ensino-aprendizagem sobre a sexualidade humana, seja no nível do conhecimento de informações básicas, seja no nível do conhecimento e/ou discussões e reflexões sobre valores, normas, sentimentos, emoções e atitudes relacionados à vida sexual” (p. xvii). A autora analisa a Educação Sexual sob diferentes abordagens, as quais ela classifica como: religiosa, pedagógica, médica, e política ou emancipatória. Propomos que a educação para a saúde sexual às pessoas com IST agregue à abordagem médica, aspectos pedagógicos e políticos, em uma perspectiva de estímulo à autonomia na vivência da sexualidade.

Na postura autônoma, o sujeito tem uma criticidade quanto às consequências de suas atitudes, tanto para si mesmo, quanto para os outros, sendo uma competência essencial para o desenvolvimento humano, enquanto indivíduo e coletividade. Para Giddens (1993), a democratização das relações interpessoais pressupõe a autonomia de construir o próprio projeto de vida e relacionar-se com o outro de forma igualitária, com respeito às qualidades e potencialidades do outro e com a configuração de limites pessoais.

Na *Pedagogia da Autonomia* cunhada por Paulo Freire (2014), a autonomia se fundamenta na tomada de decisões e atitudes, na assunção de responsabilidades. E a autonomia é condição necessária para o autocuidado.

De maneira geral, o cuidado pode ser sinônimo de zelo, diligência, cautela, atenção, ocupação, preocupação. Em nosso campo de estudo, o autocuidado se refere à adoção destas posturas no favorecimento da própria saúde. Exemplos da assunção do autocuidado na

prevenção e tratamento das IST seriam a percepção da própria vulnerabilidade para a infecção, o uso do preservativo, a realização da testagem diagnóstica, a adesão ao tratamento, e o “manejo” da vivência da sexualidade pós-infecção, com a comunicação à parceria, e/ou a negociação para o uso do preservativo. Já as atitudes de autocuidado promotoras de saúde sexual englobam ainda o exercício dos direitos sexuais, em relações igualitárias, satisfatórias e prazerosas.

Mas, se até o momento definimos que a educação para a saúde sexual pretende estimular a autocuidado, passamos para a questão de como fazê-lo. Retomamos aqui algumas observações realizadas pelos autores dos estudos contemplados em nossa revisão sobre a vivência de mulheres com Sífilis e outras IST. Mediante os relatos dos impactos psicossociais sofridos em decorrência da infecção, assim como da falta de informações sobre a doença pelas pacientes, Cavalcante et al. (2012) sugerem uma revisão das estratégias educativas na área da saúde. Nessa direção, Silva et al. (2010) propõem o estabelecimento de um vínculo do profissional com o paciente que permita a compreensão das suas crenças em saúde. E Araújo e Silveira (2007) reforçam a necessidade da atenção psicossocial no atendimento, além do aspecto biológico. Souza e Barroso (2009) admitem que para o cuidado é imprescindível uma boa comunicação entre profissional e paciente, com uma coparticipação para o cuidado. Costa (2005) propõe que a educação em saúde deve estimular a compreensão de si, e a autonomia do paciente. E Brito (2008) conclui que a assistência tem desconsiderado os sentidos atribuídos pelos pacientes à doença, tratando-os como objetos da assistência e não como protagonistas de suas histórias e do cuidado com o corpo. Corroboramos com estes estudos na direção de uma educação para a saúde que valorize os saberes e as experiências das pessoas que vivenciam o adoecimento, com estímulo para a assunção do autocuidado.

Diante do exposto, realizamos esta pesquisa para aprofundar a relação entre contágio e tratamento de IST entrelaçados pelos relacionamentos afetivos e pela Educação Sexual, relatados pelos colaboradores.

3. MÉTODO

3.1 Caracterização do campo de estudo

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços da rede pública de saúde especializados no diagnóstico em IST/Aids, que seguem as diretrizes da facilitação do acesso à testagem de forma gratuita, sigilosa, resolutiva, e acompanhada do Aconselhamento pré-teste e pós-teste. O Aconselhamento em DST/Aids é definido como “um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids” (Brasil, 2005, p.33). O atendimento apresenta como componentes o apoio educativo, o apoio emocional, e a avaliação conjunta de riscos, tal qual de possíveis medidas que favoreçam o autocuidado. São requisitos importantes do profissional de saúde para o Aconselhamento: a habilidade de comunicação, o conhecimento técnico livre de juízo de valor, a postura ética e empática, a sensibilidade às questões socioculturais, emocionais e às demandas singulares de cada usuário (Brasil, 2005).

Alguns CTAs oferecem, além do teste para o HIV, a testagem para a Sífilis e as hepatites B e C, a oferta de insumos de prevenção¹², o tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis pela Abordagem sindrômica¹³; e a Profilaxia Pós-exposição

¹² Preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante.

¹³ A Abordagem sindrômica consiste no tratamento das DST, conforme protocolo do Ministério da Saúde, baseada no exame clínico dos sintomas apresentados, sem a necessidade de exames adicionais para fechar o diagnóstico e definir o medicamento específico a ser prescrito, permitindo o tratamento imediato.

Sexual¹⁴. O CTA de Bauru/SP apresenta este perfil mais completo de serviço, sendo referência em testagem para a população em geral. Em 2015, o funcionamento do serviço ocorria de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00h, e a equipe técnica interdisciplinar contava com: uma psicóloga e chefe da Unidade, uma assistente social, uma dentista, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. Pela equipe médica, uma infectologista e uma ginecologista atendiam, respectivamente, usuários com Sífilis e mulheres com Condiloma acuminado, que se refere às manifestações de lesões verrugosas decorrentes da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

Verificamos que a taxa de positividade (número de resultados reagentes em relação ao total de exames de Sífilis realizados) neste serviço quase triplicou no período entre 2010 e 2014 em ambos os sexos. Ou seja, apesar da menor prevalência em mulheres (32,2%), a proporção do aumento dos casos foi similar. E ainda que, segundo levantamento da evolução dos usuários diagnosticados com Sífilis adquirida nas etapas do tratamento, apenas 25,8% dos pacientes diagnosticados em 2013 tinham registro de cura em prontuário (Navega & Bruns, 2015). Apresentamos abaixo o gráfico ilustrativo das etapas do tratamento com a quantidade de usuários que atingiu cada etapa.

¹⁴ A Profilaxia pós-exposição sexual (PEP) é um atendimento de urgência para pessoas expostas ao risco de contrair HIV, em que após a avaliação da necessidade, pode ser prescrito o uso de antirretrovirais para diminuir a chance desta ocorrência.

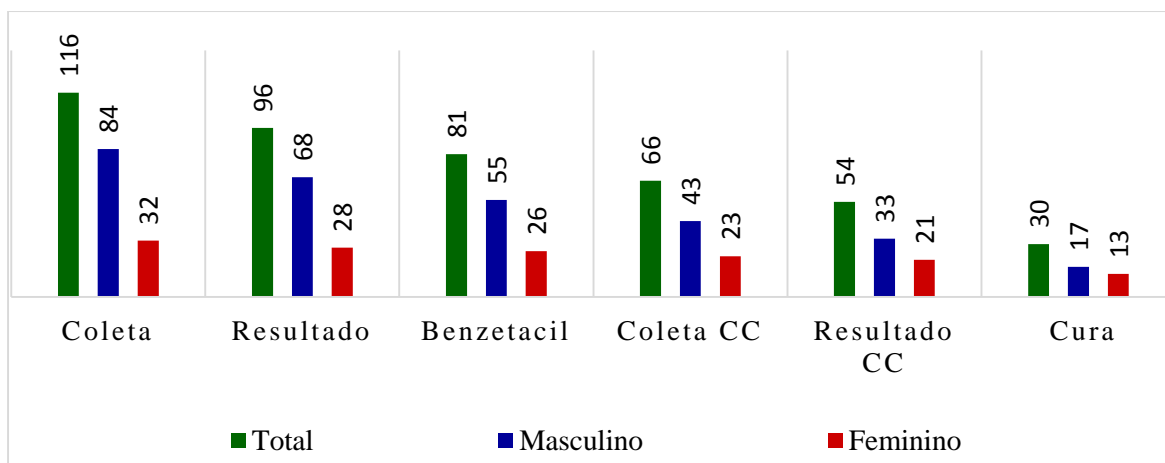


Figura 1. Evolução dos usuários diagnosticados com sífilis no CTA em 2013 nas etapas do tratamento (Fonte: Navega & Bruns, 2015). A sigla “CC” se refere à etapa do “controle de cura”, posterior ao uso da medicação. Ressaltamos que muitos usuários necessitam repetir as etapas Coleta CC e Resultado CC por diversas vezes até a comprovação da cura.

Observamos que quase a metade 46,5% (54 de 116) recebeu o medicamento e retornou para a primeira coleta e resultado de controle de cura. Corroboramos com Cavalcante et al. (2012) no apontamento de que a exigência de um longo período de acompanhamento pode ser um fator que dificulta a adesão até a etapa final do tratamento da Sífilis adquirida. Outra situação comumente observada na prática assistencial é a continuidade das relações sexuais desprotegidas durante o tratamento, com a reinfecção, e a necessidade de reinício do tratamento. Neste levantamento, cerca de 1/3 das pessoas curadas já haviam comparecido ao serviço para a coleta do primeiro exame estando tratadas. Portanto, se considerarmos somente o grupo daqueles que tiveram o diagnóstico no serviço, a taxa de adesão seria ainda menor. A adesão ao tratamento entre as mulheres pareceu ser um pouco mais elevada, suscitando novos estudos para uma confirmação. Nossa hipótese é que as pessoas que vivenciam a infecção e o tratamento da Sífilis possuem percepções prévias sobre as IST, que podem ser atualizadas na educação em saúde realizada na assistência e, talvez, estas percepções influenciam em seu enfrentamento e recuperação da saúde sexual.

3.2 Os colaboradores

Nossa amostra, como em toda pesquisa qualitativa, não previa um número extenso de colaboradores, até porque não é uma população de fácil acesso dada a natureza da enfermidade que envolve a disposição para falar sobre questões íntimas.

3.2.1. Critérios de seleção

Para a seleção dos colaboradores, elegemos o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Bauru, por ser um local em que a pesquisadora tinha contato pelas suas atividades profissionais. Para a seleção de possíveis usuários para serem participantes, elegemos critérios de inclusão e exclusão, tais como estão descritos abaixo, como uma opção metodológica para atender nossos objetivos.

Foram critérios de inclusão: 1) possuir idade acima de 18 anos; 2) ser legalmente capaz de responder sobre os próprios atos; 3) ter vivenciado o diagnóstico da Sífilis, e o tratamento com penicilina seguido de exames de controle até a cura da infecção.

Quanto aos critérios de exclusão, consideramos que a presença manifesta ou documentada de comportamentos sugestivos de quadros de depressão, ansiedade ou outros transtornos mentais¹⁵ descartaria o colaborador, uma vez que entendemos que a entrevista poderia desencadear algum risco psíquico às pessoas com uma fragilidade emocional já instalada. Um segundo critério de exclusão foi a presença de co-infecção Sífilis e HIV, visto que estes casos poderiam destoar dos demais, mediante o caráter crônico/incurável da

¹⁵ Como os possíveis colaboradores eram usuários em acompanhamento no CTA, pudemos verificar nos prontuários os registros realizados pelos profissionais de saúde que identificavam se o usuário possuía algum diagnóstico, se fazia acompanhamento em Serviço de Saúde Mental, ou ainda se havia demonstrado previamente algum destes comportamentos.

infecção pelo HIV, associado ao estigma e ao preconceito sofridos pelas pessoas que vivem com esse vírus, contexto em que a relevância da Sífilis tenderia a ser minimizada.

3.2.2 Acesso aos participantes

Para identificação de usuários do CTA Bauru que contemplassem as características previamente definidas nos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, na seleção de possíveis colaboradores, realizamos um levantamento por meio dos registros nas “Fichas-controle”¹⁶ disponíveis no próprio serviço de saúde.

A listagem inicial de usuários curados da Sífilis elaborada no final de junho de 2015 continha um total de vinte e seis colaboradores, sendo dezesseis do sexo feminino e dez do sexo masculino. Destas dezesseis mulheres, quatro apresentaram critério de exclusão.

Realizamos novos levantamentos nos meses de setembro e novembro devido a dificuldades de acesso as mulheres conforme descrevemos a seguir, nos quais mais quatro mulheres foram excluídas. Desta maneira, excluímos um total de oito mulheres pelos motivos: registro de síndrome depressiva (01), acompanhamento psiquiátrico (01), idade 17 anos (02 casos), resultado falso-positivo com ausência do diagnóstico de Sífilis (01), exames recentes constataram a persistência da infecção, indicando tratamento inadequado ou reinfecção (02 casos) e conduta médica atípica, peculiar ao caso, de prescrição de antibiótico via oral e alta imediata, em que ficou ausente o registro do uso do medicamento e da cura pois a usuária foi dispensada do acompanhamento (01).

¹⁶ As “Fichas-controle” são instrumentos de trabalho confeccionados pela equipe de enfermagem do CTA Bauru para os usuários em tratamento e acompanhamento de controle de cura da Sífilis. Contém registros das datas de coletas de exames e respectivos resultados, das consultas realizadas, da medicação prescrita e administrada e de futuros agendamentos. Permitem um monitoramento do “status” dos usuários no serviço: “em acompanhamento”, “faltoso”, “em abandono” ou “de alta”.

Adotamos duas modalidades de acesso para o convite de participação no estudo. A principal foi por meio do contato telefônico, em ao menos três tentativas. Adotamos a cautela de, antes do contato por telefone, verificarmos nos prontuários se os usuários haviam assinado a autorização de “busca consentida”¹⁷ pelo serviço de saúde (CTA Bauru), contatando apenas aqueles que haviam assinado este consentimento. E tivemos o cuidado adicional de nos certificarmos quem era o respondente, com a confirmação de seu nome completo, e ainda em omitirmos a palavra Sífilis, assegurando o sigilo e a privacidade dos usuários.

De forma complementar, a segunda modalidade de acesso foi a presencial. Assim, concomitantemente aos contatos telefônicos, realizamos também alguns convites pessoalmente, oportunizando os momentos de comparecimento dos usuários ao CTA Bauru em consulta médica ou no “Aconselhamento pós-teste”¹⁸. A própria pesquisadora identificava estes casos em sua atuação com enfermeira assistencial no aconselhamento, e contou também com a ajuda de outras aconseladoras para a indicação de possíveis colaboradores identificados no atendimento presencial.

Na abordagem por telefone, contatamos homens e mulheres de acordo com a listagem que tínhamos elaborado previamente, e também em suas ocasionais presenças no serviço. Para nossa surpresa, logo constatamos discrepâncias no acesso aos homens e às mulheres. Os homens foram encontrados com maior facilidade nos contatos por telefone, e demonstraram maior interesse ou disponibilidade, aderindo à participação no estudo. Por sua vez, enfrentamos algumas dificuldades no acesso às mulheres. Assim, os contatos aos

¹⁷ A “busca consentida” consiste no assentimento do usuário para um possível futuro contato por telefone, por profissionais do CTA, caso se verifique necessário. Se o usuário estiver de acordo, assina um termo de autorização que fica arquivado em seu prontuário. Este procedimento é padrão nos Centros de Testagem e Aconselhamento, e visa garantir aos usuários o sigilo total quanto ao seu atendimento no local.

¹⁸ O “Aconselhamento em DST/ Aids pós teste” com a entrega de resultados dos exames de HIV, Hepatites B, C e Sífilis é realizado nos CTA por profissionais de nível superior devidamente capacitados, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.

usuários de ambos os sexos ocorreram simultaneamente, mas optamos por descrevê-los separadamente, pois o acesso às mulheres se caracterizou por uma trajetória mais sinuosa.

Na modalidade de acesso por contato telefônico aos usuários do sexo masculino por meio da listagem elaborada, foram contatados quatro possíveis colaboradores. Em um caso, não tivemos sucesso, pois o usuário não atendeu às ligações. Outros três aceitaram prontamente o convite e foram entrevistados.

Ao mesmo tempo, acessamos presencialmente cinco usuários, sendo que dois recusaram a participação, alegando falta de desejo e falta de tempo. Os outros três aceitaram serem entrevistados, porém um deles não compareceu para a entrevista agendada, e não foi encontrado posteriormente por telefone, nem retornou ao serviço. Desta forma, entrevistamos dois colaboradores acessados presencialmente. Do total de nove usuários contatados, cinco colaboradores do sexo masculino foram entrevistados no mês de julho de 2015.

Já para o acesso às mulheres, na listagem inicial elaborada em junho de 2015, identificamos 12 possíveis colaboradoras. Na abordagem por telefone, cinco não foram encontradas e outras cinco recusaram a participação. Duas mulheres aceitaram a participação e foram entrevistadas.

No mês de setembro de 2015, realizamos uma revisão das fichas de alta na qual identificamos cinco novas possíveis colaboradoras. Duas mulheres não foram encontradas e outras duas recusaram a participação. Uma aceitou e foi entrevistada. No mesmo mês, realizamos também um novo levantamento utilizando uma fonte de dados distinta. Listamos as mulheres notificadas¹⁹ pelo CTA para Sífilis no ano de 2013, com posterior verificação dos prontuários, na busca de mulheres que tivessem recebido alta médica, e para as quais

¹⁹ A notificação dos casos confirmados de Sífilis adquirida é realizada pelos serviços de saúde, e comunicada à Vigilância Epidemiológica Municipal. A partir destes dados gerados nos municípios as instâncias Estadual e Nacional confeccionam os respectivos Boletins Epidemiológicos.

não tivessem sido confeccionadas as “fichas controle” fonte do levantamento anterior. Neste, foram identificadas sete possíveis colaboradoras, porém seis não foram encontradas e uma recusou a participação.

Em resumo, nos meses de julho a outubro de 2015 foram identificadas vinte e três possíveis colaboradoras para contato por telefone. Destas, treze não foram encontradas, sete recusaram a participação e três foram entrevistadas. Nos casos em que as mulheres não foram encontradas, ocorreu de não atenderem a ligação, mensagens de caixa postal ou de que o número não existia, além do telefone ser para recado com algum conhecido ou familiar. O principal motivo alegado nas recusas foi a falta de tempo por ocupação com o trabalho, ou por estar à procura de trabalho. Algumas afirmaram a ausência de interesse na participação, e uma solicitou o contato da pesquisadora em outro período, pois estava no trabalho, porém posteriormente não atendeu a ligação no horário combinado. A impressão deixada por estas buscas sem sucesso e recusas foi a de uma vulnerabilidade social mais acentuada, juntamente com uma falta de interesse ou disponibilidade emocional em falar sobre o assunto. Do mesmo modo, Costa (2005) interpretou a recusa de duas mulheres convidadas para a participação em seu estudo como uma atitude de negação, para não entrarem em contato com o sofrimento provocado pelas experiências vividas na aquisição da DST.

No acesso às possíveis colaboradoras pelo contato presencial, nos meses de julho a outubro, convidamos três mulheres para a participação no estudo. Uma usuária convidada alegou que talvez no futuro aceitasse ser entrevistada, preferia antes ter mais certeza de sua cura, e da cura de seu marido. As outras duas aceitaram e foram entrevistadas. Contudo, em um caso, a colaboradora relatou ter tido o diagnóstico e recebido o tratamento da Sífilis há cerca de 30 anos, porém sem a realização do acompanhamento de controle de cura, o que configurou na exclusão deste depoimento.

3.2.3 Caracterização dos colaboradores

Inicialmente, previmos entrevistar cinco homens e cinco mulheres, de modo a nos permitir a investigação da vivência em ambos os sexos, totalizando aproximadamente 10 colaboradores. A primeira entrevista realizada foi considerada um piloto e excluída da análise. Assim, após a seleção pelos critérios de inclusão e exclusão e os convites aos participantes, a nossa amostra resultou em 8 participantes, descritos no Quadro 2, a seguir.

Para a identificação dos usuários que aceitaram a participação e tornaram-se colaboradores do estudo, de modo a preservar sua identidade, iremos nos referir aos mesmos utilizando a letra “C” de colaborador, seguida por um número que indica a ordem que ocuparam na realização das entrevistas, associado a um nome próprio fictício²⁰.

ORDEM	NOME	GÊNERO	IDADE	ANOS DE ESTUDO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RENDA MENSAL	RELIGIÃO
C1	Beto	Masculino	51	4 a 7	União estável	Pedreiro	R\$ 1.497,00	Católico, não praticante
C2	Leonardo	Masculino	24	12 ou mais	Solteiro	Oficial de Saúde	R\$ 1.500,00	A teu
C3	Mário	Masculino	22	8 a 11	Solteiro	Vigilante	R\$ 1.400,00	Cristão, não praticante
C4	Arnaldo	Masculino	29	12 ou mais	Solteiro	Promotor de Merchandising	R\$ 1.600,00	Evangélico, não praticante
C5	Viviane	Feminino	18	8 a 11	Solteira	Balconista	R\$ 788,00	Evangélica, não praticante
C6	Carmen	Feminino	30	12 ou mais	Solteira	Empresaria	R\$ 1.500,00	Cristã, praticante
C7	Cecília	Feminino	36	8 a 11	Separada	Vendedora	R\$ 1.000,00	Católica, não praticante
C8	Eunice	Feminino	32	4 a 7	Solteira	Profissional do sexo	R\$ 2.500,00	Católica, não praticante

Quadro 2. Perfil dos colaboradores.

²⁰ Os nomes foram escolhidos sem nenhum motivo relacionado, aleatoriamente, por decisão da pesquisadora.

O grupo de colaboradoras/es configuraram-se do seguinte modo. As mulheres possuíam as idades entre 18 e 36 anos. Uma era separada, e as demais solteiras. As escolaridades em anos de estudos²¹ foram de: 04 a 07 anos (01), 08 a 11 anos (02) e mais de 12 anos (01). As profissões relatadas foram: balconista, empresária, vendedora e profissional do sexo, com rendas mensais²² entre R\$ 788,00 e R\$2.500,00. Quanto à religião, as mulheres afirmaram ser: evangélica (01), católicas (02), e cristã (01), sendo essa última praticante.

Entre os homens, a idades foram entre 22 e 51 anos. Quanto à escolaridade, referiram possuir de 04 a 07 anos de estudo (01), 08 a 11 anos de estudo (01), ou mais de 12 anos (02). A maioria era composta de homens solteiros, e um tinha união estável. As profissões foram: pedreiro, oficial de saúde, vigilante e promotor de merchandising. A renda mensal variou de R\$1.497,00 a R\$1.600,00. Quanto à religião, os colaboradores declararam-se: ateu, católico, evangélico, e cristão, não praticantes.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

Foi elaborado um *instrumento de abordagem para os convites* (Apêndice A) para a adoção de um “discurso padrão” pela pesquisadora em todos os contatos de convite para a participação no estudo, contendo os esclarecimentos sobre a justificativa, os objetivos, os procedimentos da pesquisa, assim como sobre a garantia do anonimato, e a voluntariedade da participação, sem prejuízos para a continuidade do atendimento no CTA Bauru no caso de eventual recusa.

²¹ A classificação da escolaridade em anos de estudo é uma padronização da epidemiologia em DST/ Aids no Estado de São Paulo. Podemos considerar o período entre 04 a 07 anos de estudo equivalente ao Ensino Fundamental incompleto, o período de 08 a 11 anos de estudo ao Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio completo ou incompleto, e o período de mais de 12 anos de estudo à formação Técnica/ Superior completa ou incompleta.

²² Renda mensal do colaborador/ individual em reais.

Outro instrumento de coleta, também elaborado por nós, foi o formulário sócio demográfico²³ (Apêndice B) com 08 questões para a caracterização do perfil dos colaboradores.

Além disso, utilizamos para a coleta de dados a entrevista, cujo diálogo foi iniciado por uma questão abrangente: *“Conte para mim sua história de vida amorosa, desde a infância, adolescência, e fase adulta, e em especial a partir do momento em que ficou sabendo que tinha Sífilis, e descreva o que você fez para ser curado”*, e depois mediado por outras questões previstas nos eixos de investigação: “Educação Sexual”, “Etapas no tratamento da Sífilis”, e “Motivação para o autocuidado”.

A abrangência do questionamento inicial decorreu do entendimento de que as vivências nos processos saúde-doença são permeadas por valores, significados e projetos de vida construídos ao longo do tempo, que demandam atenção para um cuidado humanizado e integral, como propõe Ayres (2004).

3.4 Procedimentos

3.4.1. Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UNESP, e à Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Bauru, respectivamente, tendo sido aprovado nas duas instâncias²⁴.

²³ Parte do formulário sócio demográfico foi baseada em alguns itens do impresso “Formulário de Atendimento do Sistema de Informação CTA (SI-CTA)”. E incluímos novos itens como renda mensal e religião.

²⁴ Em fevereiro de 2015, apresentamos o projeto deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP- campus Araraquara, sendo que, em maio de 2015, obtivemos o parecer final APROVADO de número 1.052.260. Posteriormente, solicitamos ao Secretário Municipal de Saúde de Bauru e à Comissão de Ética da Instituição a autorização para realizarmos a pesquisa junto aos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município, a qual foi concedida em junho de 2015.

Foi somente após esta aprovação que o acesso aos colaboradores deu-se início. Além disso, prevemos todos os cuidados éticos quando ao esclarecimento e respeito ao participante voluntário, que ao aceitarem, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), cujo modelo utilizado encontra-se no Apêndice C.

3.4.2. Procedimentos de coleta de dados

Com cada colaborador, foi agendado um dia, horário e local para a entrevista conforme a preferência deles, sendo priorizados espaços com garantia de privacidade, sigilo e segurança. Oito colaboradores com disponibilidade para agendamento da entrevista dentro do período das 07-17h foram entrevistados no próprio CTA Bauru. Já dois colaboradores preferiram realizar a entrevista após o horário comercial, no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Educação Sexual – LASEX/ UNESP Bauru, pela proximidade com seu local de trabalho e residência, tendo sido entrevistados após as 18h. As entrevistas analisadas tiveram duração média de 34 minutos, resultando em 78 páginas transcritas.

Antes da entrevista, a pesquisadora reforçou as informações fornecidas sobre os objetivos gerais e os procedimentos de coleta previstos na pesquisa, e os direitos dos colaboradores, e realizou a leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entrega da via do usuário, conforme a Resolução CNS 466 de dezembro de 2012. Então, foi preenchido o formulário sócio demográfico.

Os colaboradores foram convidados a realizar a entrevista, relatando sua história de vida sexual até o momento atual, contemplando a experiência do diagnóstico e tratamento da Sífilis. Mediante suas autorizações, as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição. Não houve nenhuma intercorrência durante as entrevistas e nenhum desconforto psicológico foi observado ou relatado. Pelo contrário, ressaltamos que os colaboradores

mostraram-se orgulhosos em participar e se sentiram úteis em poder auxiliar os profissionais de saúde e demais interessados.

3.4.3 Procedimentos de análise de dados

Os relatos de cada entrevista, transcrita na íntegra pela própria pesquisadora, foi arquivados em documento Word. Após, isso, todas as entrevistas foram lidas exaustivamente de modo a organizar as categorias de análise, a partir dos eixos prévios. A técnica utilizada nesta análise foi a “Análise de conteúdo”, proposta por Bardin (2009), que resumidamente pode ser descrita nos seguintes passos: a) leitura flutuante e exaustiva do relato transcrito, b) identificação das unidades de registro e contexto, c) definição das categorias que devem ser mutuamente exclusivas, pertinentes, mostrando-se objetivas e fidedignas.

As categorias temáticas devem ser analisadas a partir dos relatos dos colaboradores relacionados à Educação Sexual, a partir da socialização primária, como a família, e por processos educativos formais, oriundos de profissionais, educadores, etc. Além disso, serão considerados os relatos relacionados a vivência da sexualidade de modo geral, antes e depois do contágio e tratamento da Sífilis Adquirida.

Finda a descrição metodológica, partimos para a apresentação e discussão dos Resultados obtidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, apresentamos nossos colaboradores por um nome fictício, atribuído aleatoriamente, seguido do gênero, idade, e uma descrição resumida do histórico de vida sexual relatado, com enfoque na vivência da Sífilis, na Educação Sexual e no autocuidado. Em seguida, passamos à apresentação das categorias organizadas na análise dos dados destacando, como exemplo, alguns trechos das falas dos colaboradores, e estabelecendo uma discussão com a literatura científica.

4.1 Quem foram nossos colaboradores?

4.1.1 Beto, Masculino, 51 anos.

Beto é um homem de estatura média, pardo, de constituição física forte, olhos escuros, e com uma fala tranquila e objetiva. Relata a vivência de sua sexualidade na juventude como uma “farra”, sem cuidados, com troca de parceiras entre amigos, tendo sido comum frequentar a zona de prostituição. Afirma que antes da epidemia de Aids, as IST mais fáceis de tratar não o preocupavam.

A descoberta da Sífilis ocorreu a partir da observação de uma ferida no genital, que o levou a procurar atendimento médico. Relatou que não conhecia a doença anteriormente e teve preocupação se a Sífilis teria cura, dialogando com os profissionais de saúde para se informar. Afirmou que uma parte difícil de sua experiência foi contar para as mulheres com as quais se relacionava. Comunicou para a ex-parceira, a qual acha ter sido a transmissora, de que estava com uma infecção e recomendou que ela fizesse exames. Com a amante teve um diálogo, sem culpabilização, informando-a sobre a necessidade da testagem e do

tratamento, e orientando-a sobre as possíveis complicações, caso não houvesse tratamento. E para a esposa, afirmou ter tido um exame alterado de Hepatite, levando-a para testagem, e mediante o resultado positivo para Sífilis, ela o culpou pelo contágio e ele argumentou que discutir agora não adiantaria nada.

Beto, a amante, e a esposa fizeram o tratamento. Durante o tratamento, ele utilizou o preservativo conforme a recomendação da “dieta”. Beto conta que, após o diagnóstico, passou a se interessar mais em obter informações sobre as doenças, em não julgar o risco de contágio de uma IST pela aparência da parceira e, ainda, decidiu-se por manter uma única parceira. Reconheceu que o contágio da Sífilis aconteceu devido a sua atitude de manter relações sexuais sem proteção e se responsabilizou em contar as suas parceiras e recomendar a elas o tratamento. Segundo ele, foi por valorizar a sua vida que decidiu aderir ao tratamento com seriedade e, mais do que ficar amargurado pelo passado, ele pensa em cuidar do presente com vistas no futuro.

4.1.2 Leonardo, Masculino, 24 anos.

Leonardo é um jovem de estatura alta, branco, magro, de cabelos e olhos castanhos. Ao ser convidado para a participação no estudo aceitou, em suas palavras, “pelo bem da ciência”. Mudou-se para Bauru quando criança, pois realizava tratamento de fissura labiopalatal em hospital de referência do município, o qual teve seguimento por cerca de 20 anos. Relata que, na época, a fissura influenciava em sua aparência, mas hoje é uma questão superada. Conta também que na adolescência namorou uma garota, percebendo que a mãe foi omissa ao não lhe fornecer preservativo, e acabava não utilizando por vergonha de comprar na farmácia e por não saber da disponibilidade do insumo no posto de saúde, o que poderia ter acarretado em uma gravidez não planejada. Relata que na escola, os professores

de biologia abordaram assuntos clichê como gravidez e IST. E também que realizava leituras para obtenção de informações em sexualidade, e que não recebeu orientações da família. Cita a ausência do pai a quem atribui este papel de orientador.

Leonardo conta que após o ingresso na faculdade, descobriu ser homossexual. Enfrentou preconceito e ofensas da mãe, que era de religião evangélica e considerava a homossexualidade abominável. Saiu de casa aos 18 anos. Relata que hoje a mãe o respeita, sem tocarem no assunto. Leonardo descobriu a Sífilis por manifestar uma ferida, em uma época em que estava em relacionamento estável. Procurou o pronto atendimento para tratamento, foi medicado, porém sem seguimento.

Após um tempo manifestou machas e recebeu diagnóstico da dermatologista de Sífilis secundária. Realizou novo tratamento e acompanhamento até a alta médica. Relata que recebeu a injeção com anestésico e não sentiu dor. Já tinha alguma noção sobre a doença e realizou leituras para mais informações. Ao saber da cura sentiu-se aliviado, afirmando que sempre busca atendimentos em saúde, valorizando sua qualidade de vida. Relata que ficou a lição de ser vulnerável e ser ainda mais cauteloso. Na ocasião da entrevista, estava com novo parceiro fixo e tinha agendado consulta médica para confirmar que a Sífilis não era mais transmissível.

4.1.3 Mário, Masculino, 22 anos.

Mário é um jovem de estatura alta, branco, de cabelos curtos, olhos castanhos, e com uma fala bem explicativa. Relata que foi criado pela avó adotiva, e cresceu na rua, em um ambiente, segundo ele, meio hostil. No início da adolescência mudou para Bauru. Logo começou a frequentar o shopping, depois ir às festas, e consumir bebida alcoólica que o

fazia sentir com mais atitude. Conta que perdeu a virgindade com treze anos, e sempre queria ser o mais pegador.

Mário não se recorda de ter participado de alguma atividade de Educação Sexual na escola. Saía com amigos mais velhos, que já estavam na faculdade. Com dezessete anos teve sintoma de corrimento e ficou desesperado, com vergonha, e pediu a ajuda da avó que o levou ao médico. Teve preocupação com a cura e dali em diante diminuiu a quantidade de parceiras e tentou usar o preservativo com mais frequência.

Aos dezenove anos, depois de seis meses em relacionamento fixo, a parceira engravidou. Resolveu fazer exames, preocupando-se com o HIV, e descobriu a Sífilis. Ficou apavorado, e o médico lhe explicou que ele e a parceira deveriam realizar o tratamento o quanto antes para evitar a transmissão vertical. Relata ter se sentido mal, e refletir que estava sofrendo as consequências por não ter se valorizado. Levou a parceira para testagem e lhe prestou apoio quando a mesma descobriu também estar com Sífilis. Ambos realizaram o tratamento, com uso do preservativo neste período, preocupando-se com a cura e em evitar a transmissão vertical. O filho nasceu saudável.

Mario relata que as injeções foram doloridas, mas sentia que estava se purificando. Conta ainda que, antes, só tinha conhecimentos sobre o HIV, e que buscou informações sobre a Sífilis nos atendimentos de saúde e em leituras. Demonstrou possuir informações acerca das fases da doença, do tratamento, das possíveis complicações da infecção não tratada e da cicatriz sorológica. Relatou ter realizado o tratamento para sentir-se limpo e não ter complicações futuras. E que dali em diante tinha a intenção de usar o preservativo constantemente, exceto em um contexto de relação estável.

4.1.4 Arnaldo, Masculino, 29 anos.

Arnaldo é um homem de estatura alta, pardo, magro e com uma fala muito calma e polida. Relata que na infância era peralta e às vezes “precisava” apanhar. Segundo ele, sua família era pobre, e a sua adolescência passou muito rápido, sendo marcada por muito trabalho e estudo. Por volta dos vinte anos despertou para o lazer e os relacionamentos.

Na escola participou de um projeto educativo oferecido pela polícia militar, que abordava prevenção de IST e de gravidez, o qual considerou bom. Relata que nunca foi de ficar, preferindo namorar. Foi casado por duas vezes, e no momento planeja casar-se com a atual parceira. Sua ex-parceira alertou-o para realizar a testagem para Sífilis, porém, só procurou atendimento após manifestar uma ferida no pênis. Ficou aliviado em saber que a infecção estava em fase inicial e que realizando o tratamento recomendado ficaria curado. Reciclou seus conhecimentos sobre IST, pois até então só se preocupava com o HIV. Recebeu algumas informações sobre a Sífilis no CTA e buscou outras na internet, como fotos de bebês com Sífilis congênita que o deixaram bastante impressionado.

Aderiu ao tratamento, pois caso contrário sabia que poderia ter complicações. Revelou o diagnóstico à namorada e de início ela ficou bastante nervosa, mas com o passar dos dias aceitou e realizaram o tratamento concomitantemente. E ainda que, a partir de então, adotaram o uso do preservativo de modo permanente, sendo que ele não gostava de usar preservativo, mas descobriu um tipo ao qual se adaptou. Arnaldo relata que a transparência e o enfrentamento conjunto fortaleceram a confiança e melhoraram o relacionamento do casal.

4.1.5 Viviane, Feminino, 18 anos.

Viviane é uma jovem de estatura média, negra, de cabelos e olhos escuros, com uma fala emotiva. Com treze anos, Viviane já estava amigada com um parceiro que não gostava

de trabalhar e tinha uma mãe que a ofendia. E logo separou-se. Com quinze para dezesseis anos amigou com outro parceiro. Neste relacionamento percebeu uma pequena ferida na vulva, contou ao parceiro, mas ele não se importou. Contou para um amigo que a levou ao CTA. Descobrimo estar com Sífilis, ficou em choque, pois até então confiava no parceiro. Tiveram uma conversa, e o parceiro afirmou que saía com várias mulheres e dele se separou também. Logo conheceu o parceiro atual, a quem após um tempo contou sobre a Sífilis e tentou negociar o uso do preservativo.

Apesar do receio de ser desprezada, o atual parceiro afirmou que a amava e não iria abandoná-la, no entanto, ele continuou sem aceitar o uso do preservativo, nem realizar a testagem, mesmo diante de fatos objetivos como a observação de uma ferida no genital e receber um comunicado no Banco de Sangue sobre uma alteração em seus exames. Para Viviane, uma repercussão negativa de sua experiência de infecção pela Sífilis foi a dificuldade de confiar em um parceiro. E também reconheceu que tinha que se dar valor e se amar, para poder amar os outros.

Segundo ela, no início foi difícil aceitar o diagnóstico, mas percebeu que deveria assumir as consequências de seus atos e realizar o tratamento. Ela contou com o apoio da mãe e de profissionais de saúde para se tratar, e ao realizar o tratamento sentia satisfação em saber que estava se curando. Na escola, já tinha ouvido falar das IST, mas na época não deu atenção, pois só pensava no prazer. Hoje, já havia compartilhado sua experiência da Sífilis com outros jovens ao fazer um depoimento em uma palestra sobre o assunto, e ficou feliz em transmitir uma mensagem de prevenção, e em possibilitar que outros aprendessem com sua experiência.

4.1.6 Carmem, Feminino, 30 anos.

Carmem é uma mulher alta, branca, magra, de olhos claros e com um jeito sensível. Ela conta que até os oito anos não teve uma família “estruturada”, e lhe faltou o referencial de pai, sendo que por volta dos sete anos foi molestada. Hoje acredita que isso originou o início precoce de sua vida sexual, aos quatorze anos, com a associação das relações sexuais com o sentimento de ser amada.

Conta que na adolescência não se via vulnerável, não se valorizava, e considera que na escola não teve uma formação em sexualidade, somente tendo obtido informações acerca das doenças. Teve acesso a livros educativos, e um diálogo limitado com a mãe sobre o assunto. Aos vinte anos, mudou-se para Bauru, e procurou fazer a testagem para IST no CTA. Contudo, na época, não retirou o resultado, e nos *check-ups*²⁵ posteriores não tinha sido incluído o exame de Sífilis.

Recentemente, ao fazer uma doação no Banco de Sangue de um hospital do município, soube da infecção pela Sífilis. Buscou novamente o CTA e confirmou que estava com a infecção há dez anos e era necessário realizar o tratamento. Carmem conta que entende a IST como uma consequência pela falta de pudor, que sentiu na pele na dor da Benzetacil²⁶. E que considera primordial para o autocuidado que a pessoa entenda seu próprio valor e tenha uma boa condição emocional, o que ela conseguiu obter ao longo dos anos com apoio da Igreja. Relata que hoje segue os princípios da Bíblia, e que a Sífilis fortaleceu ainda mais sua convicção de abster-se de relações sexuais até o casamento. Quanto à Sífilis, tinha noções prévias e após o diagnóstico adquiriu mais conhecimentos, percebendo que a doença pode trazer complicações. Durante os anos de infecção manifestou uma fadiga que causava prejuízo em suas atividades diárias. Refletiu que poderia ter tido consequências piores e buscou apoio na fé para concluir o tratamento.

²⁵ Utilizamos o substantivo em língua inglesa “*check-up*” para referência ao conjunto de exames médicos preventivos. Também é aceita a grafia “*checkup*”, em distinção ao verbo “*check up*”.

²⁶ Benzetacil é o nome comercial (marca EUROFARMA) e de uso popular do antibiótico Penicilina Benzatina.

4.1.7 Cecília, Feminino, 36 anos.

Cecília é uma mulher de estatura média, parda, de cabelos compridos, olhos escuros, e pareceu ser uma pessoa reservada. Relata que na adolescência teve muitos relacionamentos e não gostava de usar o preservativo. Aos dezesseis anos, casou-se e teve duas filhas, sendo que uma nasceu com algumas malformações e teve que fazer cirurgias reparadoras. Ficou alguns anos casada, rompendo a relação, pois o ex-marido era genioso e chegou a agredi-la enquanto ela segurava a filha no colo.

Cecília descobriu a Sífilis ao fazer um exame na empresa em que trabalhava e foi encaminhada ao CTA para tratamento. Teve um impacto emocional com o resultado, e imaginou que poderia ter sido HIV. Na época tinha um relacionamento de quatro anos, e há pouco tempo havia descoberto uma traição. Revelou o diagnóstico da Sífilis ao parceiro, recomendando que fizesse o exame. Preferiu se separar.

Como tinha medo da injeção, interrompeu o tratamento e teve que reiniciar, recebendo mais doses. Conta que foi discriminada no trabalho devido à Sífilis e demitida. Revelou sobre a Sífilis para a mãe, irmã e amiga confidente. Relata que não teve apoio para realizar o tratamento, fazendo tudo sozinha. E ainda que, inicialmente, foi difícil se habituar com o uso do preservativo, mas devido ao medo de uma nova infecção agora faz uso constante, tendo aprendido a negociar com os parceiros e indagar se eles já realizaram alguma testagem prévia. Prefere não contar aos parceiros atuais que teve Sífilis no passado por medo de uma reação de rejeição. Ela procurou na internet mais informações sobre a Sífilis e teve medo das complicações da doença, e por valorizar sua convivência com as filhas decidiu por seguir o tratamento. Cecília relata ainda que passou a orientar as filhas e a amiga para que façam uso do preservativo.

4.1.8 Eunice, Feminino, 32 anos.

Eunice é uma mulher de estatura alta, parda, com cabelos e olhos escuros, e com uma fala alta, bem humorada e objetiva. Segundo ela, entre os treze e quatorze anos foi molestada pelo padrasto e saiu de casa. Com quinze anos começou a trabalhar como profissional do sexo, sempre utilizando o preservativo e realizando exames preventivos e seu aprendizado em questões de sexualidade foi principalmente na conversa com amigos.

Foi casada por duas vezes, períodos em que não trabalhou na prostituição. Com os parceiros fixos, não utilizava preservativo. Ao realizar o último *check-up* com o ginecologista, ficou assustada ao descobrir a Sífilis. Refletiu que poderia ter sido HIV, e que maior que a dor da injeção no tratamento foi a dor da culpa por não ter utilizado preservativo e confiado nos parceiros fixos. Relata que na época contou sobre a Sífilis ao parceiro que a acusou de ter adquirido a infecção em outras relações, recusando-se a fazer a testagem e utilizar o preservativo.

Depois disso, Eunice separou-se. Atualmente, está com um novo namorado e solicitou que ele faça a testagem. Relata que sempre teve a consciência de se cuidar e prevenir. E que após a Sífilis ficou mais desconfiada, reforçando a ideia de que pela aparência da pessoa não é possível deduzir se ela tem uma IST. Tem medo da Sífilis voltar, inclusive porque deseja engravidar. Conta ainda que orienta familiares sobre a testagem e o uso do preservativo.

4.2 O que nossos colaboradores nos contam? : descrição das categorias temáticas e discussão

Descreveremos as categorias temáticas, resultantes da análise, que desvelam a percepção dos colaboradores sobre a vivência da Sífilis Adquirida. O Quadro 3 organiza as categorias e sub-categorias que serão descritas em seguida detalhadamente e de modo a dialogar com outros estudos.

Categorias Temáticas	Sub-Categorias
Educação Sexual: fontes de informações e formação em sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Família ➤ Escola ➤ Amigos ➤ Religião
A Vivência da Sífilis Adquirida	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes da Sífilis: contágio, diagnóstico e informações sobre a infecção. ➤ Depois da Sífilis: sentimentos e tratamento
Sífilis Adquirida e Relacionamentos interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revelação do diagnóstico e tratamento junto o/a parceiro/a ➤ Relacionamentos sociais, afetivos, conjugais e sexuais
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preocupação com a própria saúde ➤ Valorização de si ➤ Vulnerabilidade: percepções e ações preventivas

Quadro 3. Síntese das categorias por temáticas.

4.2.1 Educação Sexual: fontes de informações e formação em sexualidade

4.2.1.1 Família

A Educação Sexual, seja no âmbito da família, da escola ou da comunidade em geral, é um processo fundamental para a aquisição de conhecimentos sobre sexualidade, para a construção de valores e atitudes preventivas fundamentais para a garantia de saúde sexual.

Conforme os relatos, a Educação Sexual no âmbito familiar foi principalmente omissa, silenciosa, com pouco diálogo. Beto conta que não houve diálogo com a mãe ou com o irmão, e que foi a vida quem lhe ensinou sobre sexualidade.

Não [recebi Educação Sexual], de dentro de casa não, eu aprendi com a vida. Com a vida. Que a minha mãe era daquele tempo né, que não falava, minha mãe ela não tinha assim um diálogo, nois não tinha, o meu, de irmão também não, porque meus irmão ia pra um canto e eu ia pro outro, tá. (Beto, M, 51)

Leonardo também relatou a falta de diálogo, citando uma situação em que a mãe poderia ter se aproveitado para conversar e não o fez: quando ele teve uma poluição noturna. Ele acha que isso pode ter acontecido porque, segundo ele, quem conversa sobre isso com um filho é o pai que ele, no caso, não teve como uma figura presente. Além disso, comenta que sua mãe nunca se preocupou em orientá-lo quanto a prevenção na adolescência e, mais tarde, evidenciou preconceito por ele ser homossexual, o que o fez sair de casa. Cecília, do mesmo modo, considera que sua mãe nunca conversou com ela e suas irmãs no sentido de orientar e explicar sobre prevenção em sexualidade.

Foi, de casa, assim, eu não lembro, de ter, né, inclusive era até constrangedor, eu lembro que eu tive uma poluição noturna, e ao invés de, sei lá, de alguém sentar e me orientar, me caçoaram assim, sabe, então, puts, foi péssimo. Mas, eu acho que também, por eu não ter tido a figura paterna, isso dificulta um pouco, geralmente quem senta e conversa com o filho sobre sexo é o pai, né, não sei se, enfim, não sei é, e aí, não teve muito em relação a isso. (. . .) Eu achei que a minha mãe foi um pouco omissa nessa etapa [adolescência] porque ela sabia que a gente começou a namorar, e transava e ela nunca por exemplo me deu preservativo, pois é, inclusive quase deu caca né, caca que eu digo é, eu tenho que usar mais claro as expressões, gravidez assim, porque eu não tinha coragem de ir na farmácia comprar. E eu nem tava ligado também, que tinha distribuição gratuita nos postos, depois eu descobri e comecei a pegar, mas também tinha vergonha (. . .) Aí, nossa, aí o negócio estourou foi uma bomba assim, porque a minha mãe é evangélica, e pra ela [a homossexualidade] é uma coisa abominável, então quando ela descobriu, ficou muito trash assim, a convivência em casa, porque ela não conseguia olhar pra mim mais como, tipo como eu sendo o Leonardo [fictício], eu só era o gay, tá ligado, só era o homossexual que ia pro inferno lalalaá, e aí a convivência tava muito muito ruim, e eu saí de casa assim, porque, ela nega, mas eu me lembro um dia ela falou “ai, que num sei o que, eu tenho receio de usar o mesmo banheiro que você”, que além de ser uma puta duma ignorância, não tem nada a ver assim biologicamente, foi

uma coisa que machucou muito, então eu peguei umas roupas e saí de casa, e nunca mais voltei.(Leonardo, M, 24).

(. . .) minha mãe, falava assim: “ah, Cecília [fictício], usou camisinha, não sei o que”, mas não chegar e conversar, explicar, “olha, se você não usar, você vai pegar isso, você vai pegar aquilo”, entendeu?, a gente não teve essa, pelo menos que eu me lembre assim eu e minhas irmã nunca tivemos essa conversa assim de sentar e explicar. Aí fica difícil, né. (Cecília, F, 36)

Carmem e Eunice relataram não terem tido muita abertura por parte da mãe para o diálogo sobre sexualidade, mesmo que a mãe de Carmem tenha disponibilizado alguns livros de Educação Sexual infantil. Nos dois casos, também relatam sobre terem sofrido violência sexual (mais de uma ocasião) na adolescência e só depois de um tempo contaram para a mãe.

Sim [conversava], sim, mas assim minha mãe era muito fechada em algumas coisas, conversava, mas não tudo, entendeu, então não tinha muita liberdade pra falar com ela sobre esse assunto específico, tipo assim que eu praticava e eu não queria falar com ela, entendeu, então assim, era até uma dificuldade que a gente tinha, então ela me ajudou lá no início, mas não conseguiu trazer a fundo. (. . .) Eu lembro quando eu era criança, minha mãe me deu aqueles livrinhos educativos, só com as imagens, mas não era tão a fundo. (. . .) ela não sabia da questão de eu ter sido molestada, depois eu contei pra ela, então eu guardei isso. Então, [saber do abuso] pra ela, ela ficou mal assim, mas, aí eu já trouxe assim, já fui com a notícia, mas já com a solução entendeu, risos, mãe, tá tudo bem, aconteceu isso foi lá atrás, eu já perdoei, já tá tudo certo, então já foi assim, tipo, deu choque mas já deu a tranquilidade assim, já tava tudo bem. (Carmem, F, 30)

Chegar na minha mãe e falar isso [sexualidade] pra minha mãe, não tem, hoje eu falo, eu converso com a minha mãe sobre tudo, né, mas naquela época com doze anos, falar pra sua mãe, treze anos, quatorze, já: “mãe, que num sei que”? (. . .) Vamos dizer que foi uma história triste, mas que graças a Deus, hoje eu tô feliz, né, eu tinha o meu padrasto que ele abusava de mim, ele abusou de mim dos treze aos quatorze. Então eu sai de casa, né, aí a partir dos quatorze eu comecei a, com quinze anos eu comecei a fazer programa. [Entrevistadora questiona se contou para alguém]. Não, contei pra minha mãe depois, mas aí já era tarde, porque a gente tinha irmãos pequenos, então eu pensei mais neles, então eu preferi ir embora, né, e fui viver minha vida. (Eunice, F,32)

Mário procurou a avó na adolescência ao perceber o sintoma de gonorreia, apesar da ausência de diálogo sobre sexualidade, era a pessoa em quem mais confiava, e de quem recebeu suporte para buscar tratamento.

E nessa eu cheguei nela e falei: “ô vó, eu preciso te contar uma coisa”, daí ela: “fala!”, “É ...eu tô com isso, isso, isso, [sintomas de gonorreia] só que eu não sei o que é que é”, daí minha vó, preocupada, humilde do jeito que ela é, ela foi lá, e levou eu no médico, e se preocupou e falou pro médico, explicou pra ele, eu fiquei com vergonha. [Questionado se tinha diálogo sobre sexualidade com a avó] Não! Não, ela assustou, até porque eu morri de vergonha quando eu cheguei e tive que falar pra ela, que eu não sabia pra quem falar, se eu falasse pra um amigo meu, eu ia me sentir envergonhado, ia falar nossa, você tá com doença, entendeu, na cabeça dele ia funcionar dessa maneira, então eu me senti envergonhado, então a pessoa que eu busquei foi a pessoas em que eu mais confio, que é a minha avó que criou. (Mário, M, 22).

Viviane foi a única colaboradora que afirmou ter um diálogo sobre sexualidade com familiares, no caso a mãe e irmãs, mas o relato dela sobre o diálogo apareceu relacionado ao fato do cunhado ter falecido de Aids e a irmã ser contaminada por ele.

(. . .) eu tenho uma irmã que tem 19 anos, eu tenho 18, então ela [a mãe] sempre falava pra mim, e fala ainda até hoje: “usa camisinha, se cuida, porque é difícil”. Porque eu tenho uma irmã, que ela tem 24 anos. Ela ficou dois anos com o marido dela, e não sabia que o marido dela tinha HIV. E quando o marido dela ficou internado, é, ele contou pra ele toda a verdade. E depois que ele contou ele acabou falecendo. Aí ela teve o risco do HIV. Porque transou sem camisinha e acabou pegando. Mas aí, ela começou a fazer o tratamento também, tudo certinho, então aí ela, a gente conversa até hoje sobre isso. Sobre a gente usar camisinha, tal, a gente assim, a gente conversa sobre namorados, sobre casamento, sobre as ideias que a gente tem, pela vida, porque a gente é nova ainda. (Viviane, F,18)

Encontramos em nossos colaboradores prioritariamente uma Educação Sexual familiar omissa ou marcada por diálogos superficiais, o que infelizmente ainda é recorrente na Educação Sexual de crianças e adolescentes, segundo Spaziani, Pereira e Maia (2014), Nunes e Silva (2000). Podemos concluir ainda que, segundo os colaboradores, quando houve diálogo, esse ocorreu em função da descoberta de algum risco ou da mesmo ocorrência de uma infecção sexualmente transmissível.

4.2.1.2 Escola

Beto afirma que estudou até a 5ª série, período em que não teve nenhuma abordagem sobre sexualidade na escola.

Na escola também naquela época não tinha, porque eu estudei só até a quinta série, né, e eu parei de estudar em 77, em 78, de 78 pra cá eu não estudei mais, então naquele tempo nós não tinha sobre, não falava sobre isso. (Beto, M, 51)

Em alguns casos, os colaboradores relatam ter havido na escola alguma forma de Educação Sexual, mas que não pareceu ter sido fonte de aprendizado significativa: Mário não se recordava de alguma atividade na escola e Viviane relatou não ter dado atenção ao que era dito. Carmem relata que na escola foi explicado sobre as doenças, “consequências do sexo”, mas considerou que aprendizagem não preparou para a vida, no sentido de formação da pessoa.

Ó, eu posso até ter tido, em escola, palestra, só que eu não me recordo, na área sexual mesmo, se eu tive eu não me recordo, mas, se eu não me engano, eu tive, mas eu não me recordo da palestra, eu não me recordo da aula. (Mario, M, 22)

Ah, em escolas né, a gente sempre teve Educação Sexual na escola, mas eu era adolescente então nem ouvia, fazia de conta que não existia o que eles tava falando, porque eu só queria saber do prazer que eu tinha, aí eu nem ligava muito, foi quando eu peguei a doença que eu comecei a dar valor nas coisas que as pessoas falam pra mim, aí eu comecei a dar valor. (Viviane, F, 18).

Pra eu entender o que que... não, assim, eu lembro que na escola, na aula de ciências, né, explica a respeito das doenças, tudo, mas assim, explica a parte do, mas não é aquela orientação tipo pra você como pessoa, infelizmente isso a escola não prepara, (. . .) mas assim, eu lembro que explicou, eu sabia tudo, então, hoje, falar alguém que ai, tô vivendo isso porque eu não sabia é muito difícil. (Carmem, F, 30).

Arnaldo lembrou-se de ter participado na escola de um projeto oferecido pela polícia militar, com enfoque em prevenção de doenças e gravidez, que considerou bom.

Sim, lembro bem. Na escola. Na escola tinha. Principalmente aquele projeto PROERD fala bastante sobre drogas, mas também fala sobre sexo. [Questionado sobre o nome do projeto e qual o enfoque] PROERD que era da PM, polícia militar. Hoje eu nem sei se mais existe, mas era bom aquele projeto. O enfoque era prevenção. Prevenção de doenças, prevenção até mesmo de uma gravidez indesejada. (Arnaldo, M, 29).

Para Leonardo a Educação Sexual na escola ocorreu por meio dos professores de biologia que abordaram assuntos clichê como DST e gravidez.

Ai, olha, sinceramente, eu acho que a minha Educação Sexual foi um pouco na escola, né, assim com os professores de biologia talvez, e um pouco que a gente vai pesquisando, vai fuçando, eu gostava muito de ler, sempre. (. . .) [Questionado sobre o que era abordado na escola] Ai, eu era tão novo, acredito que aqueles assuntos bem clichês entre aspas né, gravidez, DST, essas coisas que são sempre abordadas com os pré-adolescentes com os hormônios explodindo. (Leonardo, M, 24).

Podemos perceber que a Educação Sexual na escola é percebida, ou pelos discursos, ou projetos que acontecem na escola, ou nas disciplinas, etc. Em alguns casos é lembrada de modo superficial e pouco significativa, em outros como tendo sido esclarecedora. Em todos os casos, a Educação Sexual na escola referiu-se a uma noção biologizante e preventiva, com conteúdo restrito à IST e gravidez, como apontam Vieira e Maia (2016). Estas temáticas parecem ter sido abordadas de modo meramente informativo, sem propiciar uma reflexão que repercutisse na percepção de vulnerabilidade ou no incentivo à prevenção. Refletimos ainda que outras temáticas como direitos sexuais e reprodutivos, diversidade, autoestima, prevenção de violência, redes de apoio, e outras, são igualmente necessárias e relevantes, assim como poderiam ser utilizados outros recursos didáticos como livros, vídeos ou jogos em disciplinas regulares no ano letivo, para o aprimoramento das ações de Educação Sexual na escola.

Podemos considerar que a Educação Sexual na família, que deveria ser preventiva, na formação de sujeitos autônomos, foi precária na infância e adolescência, apesar de haver alguns diálogos e apoios, quando necessário. Na mesma direção, falhou também uma

Educação Sexual formal, na escolarização dessas pessoas, subaproveitando a escola como um espaço privilegiado para essa formação, assim como defendem Maia e Ribeiro (2011). Enfim, a relação entre uma Educação Sexual eficaz na família e na escola com atitudes adultas preventivas em saúde sexual ou no autocuidado exigem outros estudos aprofundados. Não podemos inferir, pelos nossos dados, essa relação, apesar de todos os colaboradores infectados terem tido pouca formação nesta área, assumido práticas arriscadas e mantendo-se vulneráveis, até o diagnóstico da Sífilis.

4.2.1.3 Amigos

Mário aponta que as amizades no período da adolescência justificaria comportamentos como o uso de álcool e drogas e, em decorrência, engajamento em relações com mulheres e sentimentos de “ser o garanhão”. Beto também relatou ter compartilhando com amigos um modo de vivenciar a sexualidade e a construção de valores.

Todo adolescente começa pelo shopping, é assim que funciona, começa a passear no shopping, do shopping já começa a conhecer bastante gente, daí já chama pra ir pra outra festa já chama pra ir pra outros lugares, até de início quando você é criança, adolescente, você até tem medo, você até não aceita, mas de você ver que as outras pessoas já tão vivendo aquela vida, que é diferente de você, ah, vai pra festa, ah, tá indo pra shopping, ah, você faz isso, ela faz aquilo, então você acaba querendo conhecer, querendo saber como que é, e daí é onde que você se envolve. (. . .) então sua, a mente do adolescente vai desenvolvendo, é a fase que ele desenvolve, e aí eu comecei sair, me envolvi com álcool, né, conheci a bebida, conheci o álcool, daí pra mim ficava mais gostoso, ficava, eu tinha mais, eu me senti mais apetitoso, eu me sentia com mais atitude, e queria sempre querer ser mais né, como se diz assim, entre os meninos eu queria ser mais homem, eu queria ser mais o garanhão da situação, que queria ser o pegador, assim, entre aspas né, e aí eu fui vivendo esse mundo aí, esse mundo de noite, esse mundo de mulher e nesse mundo a gente conhece muitas drogas também. (Mário, M, 22)

Eu conversava aquele papo, como se fosse hoje, “tá vendo aquela menina? biscate, hoje eu fico, amanhã você fica”, então o papo era isso aí, mas o papo de aconselhamento assim de falar de relações sexual essas coisas, naquela época não tinha. (Beto, M, 51)

Para Eunice e Cecília, os amigos foram referências para a troca de informações em sexualidade.

Mas eu, tipo assim, sempre entre amigas conversando, lendo, né, procurando saber, com amigos mesmo, chegar, falar assim: “ó, e aí, tô preocupada com isso”, e amigo chegar e falar, “não, é assim, né, assim, assim, assado de se fazer”. (Eunice, F, 36).

É que a gente escuta muito o que os outros de fora fala, né, (. . .) eu falo assim, amigos, é, os estranho, né, os estranho fala mais que os parente. Então eu escutei muito de estranho: ó Cecília tem que ser assim, tem que usar. Ou já ouvi casos de gente já ter mesmo, que já chegou ni mim e falou, falou: olha, eu peguei uma Aids, peguei isso, peguei aquilo, né, então, quer dizer, de fora eu escutei, agora de dentro eu já não escutei. (Cecília, F, 36)

Os amigos foram citados como as principais referências no aprendizado em sexualidade, além de busca por informações por meio de leituras de livros ou, mais ainda, pela internet, o que sabemos ser uma educação mais arriscada na medida em que nela pode-se reproduzir crenças e preconceitos que nada ajudam (Amorim & Maia, 2012). Na mesma direção, Carmem relata que foi na religião que obteve “Educação Sexual”, aprendeu a se valorizar e a adotar comportamentos, segundo os princípios cristãos, como segue abaixo.

4.2.1.4 Religião

Carmem relatou ter obtido orientações com seus líderes religiosos e na Bíblia, sobre seu valor como pessoa, o cuidado com o corpo, e sobre guardar-se de relações, até o casamento com um homem que tenha os mesmos princípios que os seus.

Então eu busco muito a bíblia eu recebi muita orientação a respeito de entender o meu valor, não tem como eu tirar fora porque que hoje eu tô aqui falando com você, entendeu, que foi toda essa base pra me deixar realmente entender o meu valor, não: “ai, eu sou acima de qualquer pessoa”, não, como ser humano mesmo, que eu tenho que zelar pela minha vida, que eu tenho que cuidar do meu templo, assim do meu corpo, entendeu?, que eu não posso sair, e ai, porque eu gostei de alguém, ou que eu tô apaixonado, porque eu amo, sair com qualquer pessoa. Não mais, então hoje eu

tenho me guardado pro casamento, sabe, com um homem que também busque as mesmas coisas que eu porque senão não adianta, sabe. (Carmem, F,30)

4.2.2 A Vivência da Sífilis adquirida

4.2.2.1. *Antes da Sífilis: contágio, diagnóstico e informações sobre a infecção.*

Da infecção ao diagnóstico e ao tratamento há caminhos diversos de tempo, sentimentos e ações. Carmem e Mário relataram relações desprotegidas no passado, sem a identificação de um/a possível transmissor/a. A relação desprotegida foi relacionada ao desejo de ser amado. Podemos supor que a ideia do contágio não existe nas suas representações de um sexo com prazer e/ou amor. As informações sobre as IST são poucas nos pares, mas a falta de prevenção parece mais relacionada à crença do mito sobre quem são as pessoas saudáveis e a vulnerabilidade restrita à promiscuidade. No entanto, em outros relatos também apareceu um certo descuido/descaso com as práticas sexuais seguras, aceitando o não uso do preservativo. Por vezes, atribuíram a eles mesmos a “culpa” do contágio.

Eu achava que isso [sexo] era uma forma de ser amada, entendeu?, inconsciente, e aí depois disso eu não tive muito assim, porque, eu queria casar virgem, eu queria ter assim uma estrutura familiar, ter uma família, coisa que eu nunca tive, então nada disso foi acontecendo, entendeu, por que eu entendi que realmente assim, na minha cabeça isso daí não teria problema depois, depois do decorrer, tudo, e aí, nisso, acabei, acabou acontecendo de ter tido a doença. (Carmem, F, 30)

Como eu me envolvia muito, eu procurei o centro de acolhimento pra tá vendo se realmente eu tava com a doença transmitida sobre mim, por quê? Porque era pessoa de todos os tipos, era garotas, mulheres, entendeu?, então, a gente, não se sabe o que passa na vida delas, então a gente não se cuida, elas também não se cuidaram, porque se elas não usam camisinha com a gente ela também não vai usar com outro, como a gente também não. (Mário, M, 22).

[Acho que peguei] Porque eu era biscatero. Vou ser franco, essa, que eu tinha um relacionamento com uma pessoa, essa pessoa, ela era solteira, só que no começo nós usamo, nós começamo a usar o preservativo, ela falou “agora nós já tamo junto não

vamo usar o preservativo”, aí nós não usamo o preservativo, nós parou. (Beto, M, 51)

Olha, o ano de 2014, eu namorei uma pessoa, que eu já sabia, que assim, ela já teve outros vários parceiros antes, e ela comentou comigo uma vez, né, ela falou assim: “Olha, é, camisinha, eu não gosto que use, então não precisa né, usar”. A gente, desinformado, descuidado, cai na onda. Creio que aí que foi, que foi meu erro. (Arnaldo, M, 29).

Aí a gente começou a namorar, a namorar, a namorar, aí eu com 15 pra 16 fui amigar com ele, amiguei com ele, comecei a viver minha vida com ele. Aí, como eu confiava muito no meu marido eu não usava camisinha com ele nas nossas relações. (Viviane, F, 18)

Após o diagnóstico, foi recorrente entre os colaboradores suspeitar de que a pessoa com quem se relacionava na época ou anteriormente seria o/a transmissor/a:

(. . .) aí depois que eu tive, é que eu tive a Sífilis, aí nós fomo viaja, nós fomo pra [Cidade do Interior], na casa do irmão dela, aí ela pegou, ela abriu as perna, e o short dela tava manchado de sangue, eu falei: “por que o seu short tá manchado de sangue? Ela falou assim: “não é nada não, essa mancha é velha”, eu falei... “Não é! porque menstruada você não tá”. Ela pegou e falou: “não, não é nada não, é impressão sua”. Aí depois de um dia ela tava comentando comigo que ela tinha que ir no ginecologista que não sei o que bababá, eu falei “ah, então foi dela que eu peguei”. (Beto, M, 51)

Porque o que passaram para mim aqui, falou assim que, não é assim você contrai na hora e já vem, aparece, manifesta. Não. Ela tá ali, fica ali paradinha, incubada, depois que ela se manifesta. Foi aí que a ficha caiu. Aí até uns cinco meses atrás, conversei com ela também, e ela havia já falado: “Olha, é, descobri que eu tive Sífilis, tal, tudo mais, faz lá o exame e vê né se você tem também”. (Arnaldo, M, 29).

Aí ela [médica] perguntou, né, também como que eu, como que eu peguei a Sífilis e tal, aí eu falei: “ó, pelo que eu saiba foi do meu parceiro, porque eu vivi quatro anos com ele, né, eu num tive outra pessoa por fora”, e sempre sem camisinha com ele, aí eu descobri a traição dele, tudo, né. (Cecília, F, 36)

Só que aí vem a história, peguei dos namorados ou peguei do ex-marido? Por que? Porque o ex-marido me traiu. E se a outra lá num usava preservativo? num fazia, tinha os mesmos cuidados que eu? Porque eu num fiz [exame] durante, durante que eu tava casada eu fiz, mas já tinha vencido, o ano, né, já, antes da separação. (Eunice, F, 32)

Em alguns casos, a manifestação do sintoma da fase primária, o surgimento do cancro duro, levou à procura do atendimento médico. No caso de Arnaldo, a ex-parceira sugeriu a necessidade da testagem por já ter recebido o diagnóstico, mas o colaborador só procurou a testagem após a percepção visível dos sintomas. Destacamos ainda que Beto percorreu alguns serviços na busca por atendimento, enquanto Arnaldo e Viviane buscaram o CTA diretamente.

Essa Sífilis eu descobri quando ela deu uma ferida, eu fui urinar deu uma ferida, e eu tava com um pograma, aí eu tinha ido no UPA, lá do Bela Vista, aí eu perguntei pra moça e ela falou “ó, procura a médica”, e aqui a ferida foi aumentando. Foi aumentando e...aí aonde é que eu passei, que eu passei pelo, eu fui no UPA, aí do UPA mandaram eu lá do lado do pronto socorro, ali o AMA né, passei ali, ai dali mandaram pro CTA. (Beto, M, 51)

Não levei tão a sério, né porque eu não via nada em mim, a partir da hora que eu comecei a ver as manchas, aí que eu fiquei preocupado, que aí eu liguei as coisas. O descuido, e ela já avisou eu. Aí veio isso aí. É complicado. (. . .) Aí a gente fez sexo sem camisinha, e aí eu vi uma mancha branca, achei que aquilo não fosse nada, fosse algum ralado, algo assim. No pênis. Aí passou um dia, dois dias, outra manchinha, e mais uma, e mais uma, e falei, bom, isso não é normal, acho que passou oito dias aí eu já fiquei bem preocupado, foi aí que eu vim aqui [CTA Bauru]. E aqui eu fiz o exame médico e foi mesmo comprovado que era Sífilis. Inicialmente, eu achava que era só, sabe, feridinha, não era nada, porque nem ardia nada, dor nenhuma, e incomodava por olhar ali a mancha né. Sangrava as vezes. Foi aí que eu fiquei mais assim né. Aí que eu vim aqui pra cá. (Arnaldo, M, 29).

Aí eu comecei, começou uma feridinha ni mim, bem pequenininha, e começava a me incomodar, porque começava a coçar muito e ardia demais (. . .) Aí foi quando eu encontrei um amigo meu, de muito tempo, época de escola. Eu peguei e contei pra ele, e aí ele falou que conhecia o CTA. Aí eu comecei, ele me trouxe a primeira vez, aí foi quando eu comecei a fazer o tratamento. (Viviane, F, 18)

Leonardo relatou ter apresentado a ferida e, posteriormente, as manchas pelo corpo, como sintoma de fase secundária, mesmo após tratamento prévio com Benzetacil na dose adequada, o que sugere uma reinfecção. Ele conta ter manifestado a ferida e tratado a Sífilis no serviço de Pronto Atendimento, porém não foi encaminhado ou orientado sobre o seguimento de cura. E voltou a buscar atendimento quando manifestou sintoma da fase secundária.

Hum, nossa foi muito “trash”, eu tava num namoro estável, com um rapaz muito legal, e aí certo dia, saiu o tal do cancro duro lá, uma ferida, no meu pênis, e eu não tinha nenhum plano de saúde, então eu fui até o pronto socorro, [hospital] aqui de Bauru, aí o médico olhou, falou, “puts” isso é Sífilis, e me medicou com uma dose única de Benzetacil na maior dosagem assim. Só que o deficitário do sistema de saúde é que eu não tive um retorno. Então eu tomei uma dose de Benzetacil e fui embora, até voltei, só que não era o mesmo médico, e ele não olhou, e não tinha nada documentado, aquela coisa paliativa, que você deve saber mais do que eu, tudo bem, tudo bem, depois de um tempo eu já nem tava mais com esse cara, e eu tava, tinha plano de saúde agora, e eu comecei a perceber umas manchas vermelhas difusas, bolinhas bem pequenas. E aí eu fui no dermatologista, e ela muito experiente, muito sagaz pediu o exame VDRL lá, e tava uma titulação até alta, e já era secundária né, porque eu já tive, eu acho que aquela não foi bem curada. (Leonardo, M, 24)

Vários colaboradores assintomáticos relataram terem descoberto a Sífilis ao realizarem a testagem, seja para exame admissional, doação de sangue ou com intuito direto de investigar IST diante da percepção de vulnerabilidade. É importante destacar que é comum fazer o exame de modo preventivo, por vontade própria, sem sintomas e só recorrer ao diagnóstico por se entenderem em situação de risco. Apenas Mário e Eunice contam terem obtido o diagnóstico da sífilis por meio de exame de sangue para investigar IST, ele quando soube que ia ser pai e se preocupou com a saúde dele e do filho, e ela ao fazer a testagem com periodicidade por trabalhar como profissional do sexo. Mario relata ainda ter sido essencial sua atitude de buscar a testagem e o tratamento, pois caso contrário poderia sofrer complicações e ter continuado transmitindo involuntariamente.

E nessa época eu trabalhava no mercado, eu trabalhava na parte da faxina, aí como eu ia mudar de setor, então eu precisei fazer os exames, que era com, mexer com alimentos, né, então eu tinha que fazer o exame de sangue, aí eu fui fazer o exame, aí ela, chegou o exame lá no meu serviço, a moça me chamou, do RH me chamou e falou: “olha Cecília [fictício], a médica falou que deu uma alteração tal tal tal”, mas até então eu não sabia o que que era. Aí me encaminharam. Ela me encaminhou lá pro CTA. Cecília (F, 36)

E quando eu voltei pra noite [profissional do sexo], eu fiz o exame, tudo, demorei um pouquinho, né, demorei um pouco, depois que eu separei, demorei um pouco pra fazer o exame. Tanto que eu tô curada faz uma ano que eu fiz o exame. E tem três anos que eu tô separada. Então, eu demorei um bom tanto pra fazer o exame de

sangue. E quando eu fiz, eu tomei um susto. Eu tinha um namorado, sim, já tinha separado, já, tava com namorado, que tive relação sexual sem preservativo, né, e eu tive um susto porque eu descobri que eu tinha Sífilis. (Eunice, F, 32)

E nessa que ela engravidou, eu tinha 20 anos, era super novo, apesar que eu sou jovem ainda, eu sou novo, e ...daí foi um baque na minha vida, né, porque eu falei: “nossa, e agora? Eu tava namorando ela, agora eu já sou pai!” Já confirmou, e aí a gente já tava preparando as coisas, já tava arrumando pra, pra chegada do nosso filho, e nessa, que ela engravidou, eu resolvi fazer um exame, porque, eu preoquepei com meu filho, eu preoquepei comigo, com meu filho, e falei: “ah, tá na hora, já tô com 20 anos nas costa, tô saindo desde os 14, eu nunca fiz um exame, eu nunca fiz um nada, vai saber como é que tá meu corpo por dentro né, como que tá minha saúde, entendeu, como que tá meu sangue, como que tá o meu genes”. Daí eu resolvi fazer o meu primeiro exame, entendeu, minha primeira coleta de sangue e eu fui no CTA fazer, e nessa constou que eu tava com Sífilis. (. . .)Se eu não teria ido naquela época hoje eu não saberia, poderia tá num estágio já muito avançado, agora, pela minha atitude que eu descobri que eu tinha, porque se eu não tivesse essa atitude, esse pensamento de correr atrás, de ir, pra saber como eu tô, eu poderia tá com uma Sífilis hoje, poderia tá na mesma vida transmitindo pra várias pessoas, e sem saber que eu tenho. (Mário, M, 22)

Assim, entre os colaboradores, observamos que a manifestação do cancro duro foi um disparador para a busca pelo atendimento que levou ao diagnóstico da Sífilis, principalmente entre os homens. Nos casos assintomáticos, diagnosticados pelo exame sorológico, a testagem ora havia tido como motivação a investigação de IST, ora havia sido realizada com outros intuitos como exame admissional ou doação de sangue. A inclusão do exame de Sífilis no *check-up* realizado por Eunice pelo posto de saúde é um exemplo de prática que pode viabilizar o diagnóstico precoce de casos assintomáticos, assim como sugerem Silva e Santos (2004).

Destacamos o relato de Arnaldo, que mesmo alertado pela ex-parceira para que realizasse a testagem da Sífilis, só concretizou a procura após a manifestação da ferida. E ainda o relato de Leonardo, que não havia realizado o seguimento de controle de cura e descobriu a persistência ou reinfecção pela Sífilis ao manifestar sintomas da fase secundária. De modo semelhante, outros estudos apontaram que a característica assintomática da

infecção pela Sífilis dificulta o diagnóstico e leva a uma indignação perante dele (Brito, 2008; Silva & Santos, 2004; Silva et al., 2010; Victor & Barroso, 2010).

A inexistência de sintomas na fase latente parece aproximar a experiência da infecção pela Sífilis com a vivência de doenças crônicas que são também silenciosas e que também exigem um tratamento imediato para evitarem complicações, a longo prazo. Contudo, no caso da Sífilis, por mais que o acompanhamento de controle de cura possa prolongar-se bastante, a cura é garantida, diferindo das doenças crônicas que não têm a perspectiva de cura, mas apenas de controle.

Alguns colaboradores assumem a procura por atendimento médico para a resolução de problemas de saúde. O acesso ao tratamento é uma responsabilidade gerencial de toda a rede de assistência e é importante ressaltar que, a despeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), persiste a dificuldade de acesso masculino ao diagnóstico e tratamento das IST na rede básica e pública de saúde (Silva & Sancho, 2013).

Destacamos ainda, nesta categoria, o relato de Carmem, sobre o sentimento de vergonha e o desconforto dela para falar sobre as relações desprotegidas e sua preocupação sobre as IST com profissionais de saúde do sexo masculino. Os constrangimentos dos usuários em falar sobre sexualidade e sexo são um ponto importante de atenção a ser considerado pelos profissionais no sentido de facilitarem o diálogo. Talvez isso seja uma dificuldade de impede muitas pessoas de fazerem exames e buscarem diagnósticos de IST. Carmem conta que havia realizado a testagem para IST no passado, porém sem retirar o resultado, e depois de modo incompleto (não incluiu a sífilis) tendo recebido o diagnóstico somente dez anos depois, ao realizar uma doação de sangue. Carmem conta ainda que teve ciência da Sífilis no Banco de sangue e não foi encaminhada para tratamento. Por conta própria retornou ao CTA para realizar novo exame e investigar resultado.

Lembro que eu vim [no CTA], era uma outra estrutura totalmente diferente, só tinha um homem aqui, eu me senti super mal, super oprimida, fiz a coleta de sangue, só que eu não voltei. Aí eu acabei fazendo plano de saúde, e comecei a ser acompanhada pelo ginecologista e pedi pra ele também todos os exames de sangue, mas ele não me fez todas as coletas, mas também eu não fui específica, entendeu, porque eu tinha vergonha, e o meu médico era homem pra piorar, risos, então eu tinha muita vergonha. E isso assim, fez 10 anos. O ano passado que eu fiz o tratamento, foram 10 anos que eu tinha a doença e não sabia, aí eu fui fazer uma coleta de sangue, e eu achei que tava tudo bem (. . .) fui fazer um, uma doação, e eu peguei, é, acho que na época já não pôde, aí depois eles pegaram, não sei se entraram em contato, aí depois eu fui fazer para outra doação de sangue, aí foi constou no mesmo lugar que não poderia. (. . .) eu fui falar com a doutora [Banco de sangue], daí ela falou assim: “ah não, isso aí, você já tá bem, você provavelmente tomou algum medicamento, algum antibiótico que já tá tudo bem”, então eu até assustei assim pela resposta dela (. . .) então aí eu vim aqui, porque eu falei assim, não, per aí, eu fui lá [CTA], achei que tava tudo bem, e eu lembro que eu tinha feito o exame aqui, aí eu retornei entendeu? tipo, eu não aceitei a resposta dela. (. . .) eu achei muito estranho, algo que eu sei que é sério, simplesmente eu ter tomado um medicamento antibiótico e tá tudo bem? (Carmem, F, 30)

Por outro lado, Viviane destacou a importância do apoio da profissional de saúde, por meio de um tratamento atencioso e acolhedor, que contribuiu para o fortalecimento emocional no momento do diagnóstico e para a adesão ao tratamento.

Eu não lembro o nome, mas quando me informou do resultado foi bem assim carinhosa, não falou já de imediato, me acalmou primeiro, falou assim, é, “ah, Viviane [fictício] fica calma, vai dar tudo certo”, quando ela falou vai dar tudo certo é porque eu já sabia que tinha acontecido alguma coisa no resultado, mas ela falou assim: “fica calma, vai dar tudo certo”, aí ela falou assim: “ai, você tem Sífilis, mas a gente vai cuidar, a gente vai te ajudar”, e quando ela falou a gente vai te ajudar, eu senti um alívio dentro do meu coração. Foi tão gostoso. É tão gostoso quando você se sente protegida, quando a pessoa fala: “a gente vai te ajudar”, aí você se sente tão protegida, aí a hora que ela falou pra mim, eu nossa, amei, adorei. E aí foi quando eu tive mais força ainda pra continuar de pé e fazer esse tratamento. (Viviane, F, 18)

Diante do diagnóstico e da ciência de que a Sífilis tinha tratamento e cura, Beto e Arnaldo relataram lidar com a notícia de modo “normal”, demonstrando aceitação do diagnóstico e motivação para a adesão ao tratamento.

Então pra mim foi uma coisa normal, porque a hora que a moça falou: “ó, você tem Sífilis”, eu falei “tenho?” Mas eu falei: “tem cura?” Ela falou: “tem”, eu falei: “e essa mancha que ficou no pênis some tudo?” Ela falou: “não, some, você vai tomar...”, que nem foi na época tomamos quatro Benzetacil, foi duas numa semana e

duas na outra, mas para fim foi normal, o duro foi pra, aí, contar pra parceira né. (. . .) Que a gente tem pra falar é isso, a gente, não adianta, se acontece com a gente, você saber que você fez aquilo, você querer culpar os outros, né, aí você tem que assumir, dum jeito, sem violência, sem nada, conversando, dialogando, porque errar, todo mundo erra, né, então é uma coisa imprevista, então não adianta você...e hoje, pra mim, a Sífilis é uma coisa normal, é um tratamento fácil, não tem muita coisa, que é só tomar as injeções e seguir a dieta, então não tem muito o que dizer, a gente passa por isso aí, mas não pode é a gente ficar matutando, esquentando a cabeça, e passar, deixar que nem eu falei, aí toma cuidado e toca a vida, né!? (Beto, M, 51)

Olha, a forma como é que foi passado pra mim, aqui mesmo, acho que pela Dra. Ana [fictício], ela explicou primeiro pra mim, entendeu, o que que é Sífilis, mostrou pra mim fotos, explicou pra mim que é estágio ainda primário, e que havia ainda chances de cura, desde que eu também ajudasse, colaborasse né. Então eu ouvi isso, não assim feliz, mas de uma forma bem calma, tranquila, porque, sabendo que ainda era início, primária, e que havia cura. Então era só eu andar na linha certinho, que ia ter, entendeu, essa cura aí, e que deu certo. (Arnaldo, M, 29).

Carmem recorreu a oração (religião) para se acalmar diante do diagnóstico. Mário preocupou-se com a parceira grávida. Carmem e Mário relataram mal-estar, sobretudo, por sentimentos de culpa ao entenderem a Sífilis como uma consequência das suas próprias relações sem preservativo e a uma desvalorização pessoal.

Então [quando recebeu o diagnóstico] eu orava, pedia pra Deu pra me dar calma, pra me dar consciência, então assim, é, porque hoje a gente sabe que uma doença que é séria, porque poderia ter trazido várias consequência pra minha vida, depois eu fui entender, tipo, até visão, coração, várias coisas. (. . .) é lógico que nossa, aí vinha assim, tipo, as lembranças de, poxa, olha o que você fez, olha a consequência, eu tô sendo sincera pra você eu orava muito, eu agradecia muito a deus porque não foram consequências maiores (Carmem, F, 30).

E nessa que constou que eu tava com Sífilis, eu tinha certeza que não era dela, que era de mim, então automaticamente já expandiu minha mente, já sabia que eu tinha passado pra ela, e nessa, ela já tava grávida! Então, eu já fiquei apavorado, eu falei: e agora? O que é que eu vou fazer? (. . .) Eu que tive uma DST, com as duas que eu peguei eu já me senti um lixo, já me senti uma pessoa suja, entendeu, porque quando você pega, você se vê naquele estágio, nossa cara peguei uma DST, uma doença, significa que eu não tô, não tô me valorizando, não tô se cuidando, tô levando uma vida qualquer, como se fosse uma pessoa, vamo coloca um garoto de programa, entendeu, que você chegar a pegar a doença é complicado, é difícil sabe, pra quem pega. (Mario, M, 22)

Viviane relata um sentimento de “choque” principalmente pela descoberta inesperada da transmissão pelo parceiro fixo, com o qual ela separou-se depois disso. Também relatou sentimentos de raiva, negação, típicos do processo de luto. Depois de lidar com a culpa e com o apoio de pessoas próximas a ela, Viviane resolveu aderir ao tratamento. Cecília também relatou um impacto emocional diante do diagnóstico: choro, tristeza e medo de que poderia ser pior, caso fosse Aids.

Eu...quando eu tive a coleta, e quando eu peguei o resultado que eu descobri que eu tava com Sífilis eu não acreditei porque foi um ...um choque, foi um choque pra mim porque eu confiei no meu marido e ele mentiu pra mim, e foi um choque enorme.(. . .) E quando eu descobri essa doença, nossa eu fiquei, na hora assim eu fiquei sem entender, parecia assim que eu tinha sumido do mundo por um minuto. E quando eu saí lá fora eu comecei a chorar, aí eu liguei pro meu marido, chorei, aí depois de uma semana eu separei dele. (. . .) Eu, eu, eu, quando eu descobri que eu tava com a Sífilis, que eu tava com aquelas feridas todas em mim, quando eu fiquei sabendo do resultado, eu tive vontade de xingar, eu fiquei muito nervosa, também, comigo mesma, e eu, teve uma hora que eu quis até rasgar os papéis, porque eu não queria saber que tava acontecendo aquilo comigo, eu não, não tava acreditando, esperou anoitecer pra eu cair na real e falar: não, Viviane [fictício], você quis assim, você confiou então agora você vai ter que arcar com as suas consequências, porque não adianta você pegar e falar eu não vou fazer o tratamento, porque vai ser pior pra você, então, é, eu vi que eu tive uma parte de culpa, e aí por isso que eu vim fazer o tratamento, e também porque teve pessoas que me deu força e me deu coragem pra isso. (Viviane, F, 18)

Ai, meu chão abriu, nossa, chorei tanto, que a gente não espera né, sei lá uma convivência com uma pessoa há tanto tempo, e de repente, que eu pensei comigo né, eu falei nossa, podia ser pior, né, podia ser uma Aids, né, aí ia acabar com a minha vida, porque, é, eu ia ter que viver de tratamento, de remédio, né. (. . .) mas, ai, na hora eu chorei muito. Ah, nossa senhora, meu chão, acho que eu queria morrer. Num sei. Não é fácil, não é fácil não. (Cecília, F, 36)

Eunice também relatou ter levado um susto com o diagnóstico da Sífilis, e ainda, da mesma forma que Cecília, percebeu-se vulnerável ao contágio de IST, até mesmo pelo HIV.

Eu tinha um namorado, sim, já tinha separado, já, tava com namorado, que tive relação sexual sem preservativo, né, e eu tive um susto porque eu descobri que eu tinha Sífilis. Eu falei: “meu Deus!” Eu falei: “vou morrer!” Risos. Meu Deus do céu, eu que vou no CTA, que sempre fiz exame. (. . .) Falei: “e aí?” Né, risos, lá vem a história, quando você recebe a notícia você já fica com aquele medo, meu Deus do céu! Como assim? Né, da onde que veio isso? (. . .) Mas até então, eu não sabia.

Assim Sífilis, né, que eu saiba, eu nunca tive nada, porque nunca tem nada, você sempre faz o exame de sangue, cê tá sempre fazendo, tá tudo certo, quando você tem, você toma um susto, então você fica preocupada, fala: “o que que é a Sífilis?” (. . .) Porque eu já fico pensando: e se fosse um HIV? E se fosse um HIV? meu Deus do céu, risos, acho que a primeira coisa que você vê, é: e se fosse um HIV? (Eunice, F, 32)

Percebemos que as reações emocionais frente ao diagnóstico foram variadas e pareceram relacionadas aos contextos de relacionamentos em que houve a infecção. Houve preocupação com a garantia de cura, e postura de aceitação mais imediata entre aqueles que perceberam a infecção como um acaso, ou a atribuição à relação desprotegida. Já a vergonha ou culpa foi relatada entre os que entenderam a infecção pela Sífilis como consequência de relações desprotegidas que teriam ocorrido por um descuido ou desvalorização pessoal. A falta de percepção prévia de vulnerabilidade para IST provocou susto e choque na ocasião do diagnóstico. No caso da infecção pelo parceiro fixo, a tristeza e a raiva pela suspeita ou constatação de infidelidade. Mário, que estava com a parceira gestante, ficou apavorado pelo risco da transmissão congênita. De modo semelhante, esses dados foram descritos por Cavalcante et al. (2012) como reações emocionais ao diagnóstico de Sífilis: tristeza, vergonha, culpa, preocupação quanto à cura e transmissão ao bebê, e por Costa (2005) ao diagnóstico de IST: raiva, medo, culpa, vitimização e sentimentos de inferioridade. Costa (2005) e Silva et al. (2010) encontraram as reações de indiferença e negação do acometimento pela IST mesmo após o recebimento do diagnóstico, o que não encontramos nos relatos em nosso estudo, prevalecendo a aceitação, como por exemplo na descrição de Viviane sobre o momento após o diagnóstico, em que encarou os fatos, e decidiu por realizar o tratamento.

Os relatos de sofrimento emocional nos fazem refletir sobre este impacto do diagnóstico e tratamento das IST. Pela experiência cotidiana, nos parece que os profissionais de saúde reconhecem de forma mais clara o impacto psicossocial decorrente da infecção

pelo HIV, porém nem sempre pelas demais IST. Mesmo que as IST exigem um tratamento mais simples e curto do que o tratamento para o HIV que persiste ao longo da vida, essas doenças não devem ser esquecidas ou não ser merecedoras de atenção e cuidado.

Vários colaboradores relataram desconhecimento prévio sobre a Sífilis. Beto alegou não haver cartazes e explicações sobre a doença e não ter o hábito de ir a médicos, sem desconfiar de alguma enfermidade. Viviane alegou não saber por ler pouco e ser “desligada” e Eunice desconhecia a doença até receber o diagnóstico, assim como Cecília, que recebeu o resultado do exame realizado pela na empresa, informada de uma alteração inespecífica, sem maiores explicações.

Que nem a gente fala, a Sífilis ela não é, hoje você pode ver, ela, só quem vai lá no consultório que sabe o que que é a Sífilis, que no próprio UPA não tem um cartaz sobre a Sífilis, tem muita gente que não conhece. (. . .) Nunca tinha ouvido falar em Sífilis, nunca. (Beto, M, 51)

Não, eu nunca soube dessa doença, eu nem sabia que existia essa doença, por causa que eu não sou de ler muito as coisas, eu não sou meia ligada no mundo. (Viviane, F, 18)

Mas até então, eu não sabia. Assim Sífilis, né, que eu saiba, eu nunca tive nada, porque nunca tem nada, você sempre faz o exame de sangue, cê tá sempre fazendo, tá tudo certo, quando você tem, você toma um susto, então você fica preocupada, fala: o que que é a Sífilis? (. . .) Mas sobre o Sífilis eu não sabia, vim saber depois que eu fiz, tudo [tratamento]. (Eunice, F, 32)

Aí ela, chegou o exame lá no meu serviço, a moça me chamou, do RH me chamou e falou: olha Cecília [fictício], a médica falou que deu uma alteração tal tal tal, mas até então eu não sabia o que que era. Aí me encaminharam. (Cecília, F, 36)

Outro grupo de colaboradores relatou ter alguma “noção” sobre a existência da Sífilis, mas até serem diagnosticados, relatam os conhecimentos sobre o HIV/Aids, sem preocupação em relação as outras IST. Mário e Arnaldo consideram que quando se fala de DST, a preocupação maior é sobre a Aids, e outras IST ficam em segundo plano.

Sim, sim, sim, foi assim ó, como o homem quando ele tá na vida de solteiro, ele se envolve com muitas pessoas, se relacionam, ele se acha o esperto, só que ele não tem

o conhecimento, ele não busca, entendeu, o que que acontecia, quando a gente ouviu falar de doença sexualmente transmissível, a gente só conhece o HIV, entendeu, a pessoa só conhece que tem uma hepatite A, uma Hepatite B, uma Sífilis, quando, ou ela busca, ou ela acaba sendo transmitida, porque, a doença, no geral, pra todo mundo, só existe o HIV, ninguém tem esse conhecimento, ninguém sabe que existe outras DST. (Mário, M, 22)

Sim, eu já havia [ouvido sobre] na adolescência, mas como fazia muito tempo, geralmente hoje a gente tá mais preocupado com Aids né, as outras doenças que não parecem nada, mas são perigosas também, a gente as vezes esquece. Ah, que é isso aqui? Nada não! Só tá preocupado com Aids só. Foi aí que eu, chegamos aqui, que ela falou: “ó, é Sífilis assim, assim, assim”, aí sim passei a reeducar tudo o que eu já tinha visto, doenças, causas, prevenção. Ou seja, aí eu tive que reciclar, tudo aquilo que eu já tinha visto antes, pra não cair de novo. (Arnaldo, M, 29)

Cecília, Carmem e Leonardo tinham algumas noções prévias, mas nada que significasse a percepção do contágio, antes do diagnóstico.

Que até então, eu nem conhecia o que é Sífilis, né, assim, eu sabia que era uma doença porque tinha um amigo meu que ele, ele teve uma ferida no corpo, né, essas coisas assim, aí até ela [médica] me explicou o que que era, como que era os sintomas, que saia umas feridas, tal, por baixo [genital], as vezes depois começava a sair no corpo né, aí, mas eu falei pra ela, não eu não tenho nada disso, não tenho ferida, não tenho nada, num sinto nada, aí ela falou: ó, então a gente vai começar o tratamento. (Cecília F, 36)

Não [conhecia a Sífilis] a fundo, assim, sabia que era uma doença sexualmente transmissível. (Carmem, F, 30)

A hora que pegou lá o exame e ela [dermatologista] falou “Ah, você tem Sífilis”, eu falei “Que é que é isso?” Né, brother, eu já tinha noção que era uma DST, aí eu fui ler a respeito né, e eu vi o que era. (Leonardo, M, 22)

Assim como relatado anteriormente por Arnaldo, vários colaboradores receberam informações específicas nos atendimentos sobre a revelação diagnóstica pelo profissional de saúde e durante o seguimento do tratamento, sobre as fases da Sífilis, o tratamento, o risco de reinfecção, de transmissão vertical e sobre a cicatriz sorológica e, de certa forma, essas informações direcionaram as ações favoráveis ao tratamento.

Conversei com a Dra. [CTA] tudo, que nem, quando no começo, eu fiquei assim meio, assim não tão de cabeça quente, falei mas será que tem cura, eu fiquei, ela

falou; “não Beto, tem cura, você vai tomar Benzetacil, você vai seguir a dieta”. (Beto, M, 51)

Então, eu lembro que o médico [ginecologista do posto de saúde] pegou, falou assim: “olha, deu uma alteração, e a Sífilis ela só é detectada pelo, pelo, por sangue”, né, pelo exame de sangue. (. . .) E o médico falou assim: “olha, o seu namorado, ele vai ter que se tratar”. (. . .) Quando eu voltei no tratamento, eu fui no médico, o médico pegou e perguntou, falou assim: “e o namorado se tratou?” Eu falei: “doutor, não sei”. Ele falou: “por que você não sabe?” Eu falei: “porque eu larguei dele”. (Eunice, F, 32)

Ela [médica CTA] falou assim: “ó Cecília, e você, como você fica, é, tem muitos parceiro, né, então, sempre tem que tomar cuidado, usar camisinha, num deixa de usar”, ela sempre, ela explicou isso pra mim. (Cecília, F, 36)

Daí eu busquei informação, daí eu passei no médico, ele me explicou que seu cuidasse o mais rápido possível não ia transmitir pro meu filho, que dependia, era ela se cuidar o mais rápido possível que conseguisse. A gente pegou encaminhamento, a gente foi lá, tomou a medicação, que é a Benzetacil, que se trata, que você toma três doses, com uma pausa de uma semana duas doses, e a terceira com uma pausa de duas semanas, é 1200 mililitros em cada nádega. (Mário, M, 22)

Viviane demonstrou ter o conhecimento da possibilidade da infecção assintomática e da transmissão vertical.

Aí ele [parceiro] foi na farmácia, e começou a passar uma pomada. Até que sumiu, essa feridinha. Mas só, mesmo se sumiu ainda continua no sangue. Se ele tem, ainda continua no sangue. (. . .) Aí eu falava pra ele, sempre falei pra ele e continuo falando pra ele vim, pra ele fazer uma coleta pra ver se tem, se tiver fazer o tratamento tudo certinho porque a gente tá pensando em ter filhos né, então vai ser bom, muito bom. (Viviane, F, 18)

Alguns colaboradores relataram buscar mais informações realizando leituras, sobretudo pela internet. O uso da internet para busca de informações sobre doenças, a partir de sintomas ou diagnósticos costuma ser algo recorrente, o que também percebemos nesses relatos.

Aí eu fui ler a respeito né, e eu vi o que era. (Leonardo, M, 22)

Mas assim, eu tirei os, sobre a Sífilis no, na internet, essas coisa, então eu vi muita coisa, que pode chegar até a morte. (Cecília F, 36)

Trouxe, ó, a mudança, por eu ter pegado duas DST, uma com 17 e uma com 20, e entrei na internet, eu estudei muito sobre doenças, não só Sífilis, como infecções, como hepatite, como tudo, HIV também, então eu dei, eu li bastante, sabe, então hoje eu posso falar que eu tenho um conhecimento básico, bem básico mesmo, bem simples, mas eu tenho, coisa que eu não tinha, não sabia como transmitia, não sabia o que que era, não sabia porque pegava aquilo. (Mário, M, 22)

Então é melhor tratar já, agora que tá primária, porque se não, depois complica. Espalha tudo pelo né, pelo corpo. Principalmente, assim, o que chocou mais foi que com Sífilis, por exemplo se a parceira engravida transmite também pro feto, filho né. E eu vi fotos assim, de bebezinhos assim, sabe, nascendo com um monte de mancha, ferida, ah, Deus me livre. [Questionado onde viu as fotos] Então, aí eu fui atrás. Risos. Eu puxei no google. Mas aqui, o que foi passado [no CTA] assim foi é ... pessoas adultas, aí estágio um, dois, três né. Nada assim que assustasse muito. Eu fui atrás pra saber tudo. Como contrai, quanto tempo que ela fica incubada, transmissão, enfim, tudo. Mas, aqui eu já tive uma boa base disso, aí lá fora eu fui buscar mais informação ainda. Que hoje tem né, basta ir lá e buscar. O google ensina tudo. Risos. (Arnaldo, M, 29)

Deste modo, constatamos que os colaboradores relataram que anteriormente não conheciam a Sífilis ou apenas tinham a noção de que era uma IST. Outro apontamento foi que a preocupação central, quando existe, relaciona-se prioritariamente ao contágio de HIV/Aids, assim como observou-se em outros estudos, que consideraram que as IST seriam menos preocupantes que o HIV por serem curáveis (Costa, 2005; Barbosa & Freitas, 2014).

O resultado do diagnóstico de Sífilis, obtido no exame admissional, no banco de sangue ou mesmo no pronto atendimento, não foi acompanhado de orientação sobre a doença e o tratamento. Contudo, de forma geral, os colaboradores adquiriram informações específicas ao longo dos atendimentos com os profissionais de saúde e por meio de pesquisas na internet e, de certa forma, demonstraram conhecimentos sobre as fases da infecção, o tratamento, a possibilidade de reinfeção e as complicações na ausência de tratamento. Nos estudos de Brito (2008) e Mauch et al. (2012) os colaboradores possuíam informações como a gravidade da infecção não tratada, e a possibilidade de transmissão vertical. Porém em grande parte dos demais estudos (entre eles os de contexto da transmissão congênita) foram escassos os conhecimentos das mulheres entrevistadas quanto

os sintomas, o tratamento e as possíveis complicações da Sífilis, mesmo após a revelação diagnóstica pelos profissionais de saúde (Cavalcante et al., 2012; Silva & Santos, 2004; Costa, 2005; Silva et al., 2010; Victor et al., 2010).

Vários colaboradores relataram que o conhecimento sobre as possíveis complicações da doença, somado à valorização da saúde contribuíram para a decisão e atitude de adesão ao tratamento. Desta maneira, a educação em saúde para as pessoas diagnosticadas com Sífilis se mostra necessária e, de modo preventivo, corroboramos com Silva e Santos (2004) quanto à relevância de uma ampla divulgação sobre a Sífilis para a população.

Podemos também destacar que, em geral, os colaboradores relataram posturas dos profissionais de saúde de acolhimento, apoio emocional, ausência de julgamento, e educação para a saúde com atenção aos aspectos psicossociais.

Reiteramos a relevância da formação do profissional de saúde para o trabalho em sexualidade, em que tenha a oportunidade de refletir sobre comportamentos e valores, aprimorando suas práticas. Costa-Junior, Maia e Couto (2016) estudaram as concepções de enfermeiros e médicos sobre os cuidados com a saúde de homens e mulheres. Não observamos diferenças significativas nas ações de adesão e tratamento da Sífilis adquirida, entre nossos colaboradores, até porque a amostra é pequena e o objetivo não era este. Novos estudos poderiam aprofundar a postura e concepções desses profissionais da saúde diante de clientes acometidos com IST.

4.2.2.2. Após o diagnóstico: sentimentos e tratamento

Eunice ressaltou sua atitude de realizar o tratamento imediatamente após ter ciência do diagnóstico e receber a prescrição.

Então, a partir do momento que eu vi o problema, eu perguntei, quando eu posso começar a fazer o tratamento? Agora. Fui pro UPA e fui tomar a minha injeção. As três injeção que foi preciso, e vim, aí esperei passar o tempo, vim no CTA que é mais rápido, né, do que pelo posto, o exame, fiz o exame, e graças a Deus que deu 1%. Negativo. (Eunice, F, 32).

Quanto ao tratamento em si, os colaboradores encararam as dificuldades como uma necessidade, motivados pela cura. O uso do medicamento Benzetacil foi bastante citado.

Viviane relatou que a injeção de Benzetacil era muito dolorida, mas ela a encarava, projetando o resultado da cura. Beto relatou que, apesar de ter ouvido falar que seu uso provocava desmaio e fraqueza, achou “normal” tomar a Benzetacil, e não se deixou levar pelos boatos, assumindo o tratamento por valorizar sua vida. Arnaldo, que recebeu também a Benzetacil, considerou que não foi difícil, pois apesar do dor, ele reconhecia ser essa a única solução e isso significava um alívio em busca da cura.

Era uma, quando eu vinha tomar Benzetacil, fazer o tratamento, era uma beleza, porque aí eu sabia que eu ia ser curada, então eu vinha, porque se eu não vinha, não viesse, eu num, num, num ia curar a doença que eu tinha. Então, eu falava, não, eu vou. Tinha vezes que eu ficava em casa, aí ficava com preguiça de vim, mas eu falava: eu tenho que ir. Porque no final vai ser prazeroso, eu sei que eu vou tá curada. (Viviane, F, 18)

Tem muita gente que fala, ah, que nem fala essas pessoa: “ah, você vai tomar o remédio”, ah, que nem ela: “foi inventá de tomar Benzetacil”, acha que Benzetacil é, mas eles acham que, “não, porque o fulano desmaiou, fulano ficou fraco”, mas isso foi fulano, você tem que ver você, agora se você for ver pelos outros você não faz nada na vida, a gente tem que valorizar a vida da gente. (Beto, M, 51)

Tomei sim. Duas. Na verdade assim, Benzetacil ela dói, mas só o fato de na hora perceber que ou é aquilo ou nada, torna-se até um alívio. Risos. Duas dose apenas, rapidinho, pronto, você entendeu. Não foi tão difícil não. (Arnaldo, M, 29)

Leonardo afirmou que não sentiu dor nas injeções de Benzetacil que recebeu na Unidade de Pronto Atendimento, pois foi administrada com o anestésico xilocaína.

E aí a gente fez tratamento com Benzetacil, que é muito legal porque ela receitou três doses de Benzetacil com um intervalo de sete dias, e eu tive acesso a essa medicação aqui no UPA de [nome cidade], acho que foi no do [nome do Bairro] foi muito fácil, eu cheguei lá com a receita na hora eu fui encaminhado assim, tomei, aí, foi tão legal que a moça além de ser rápida ela colocou xilocaína, então não doeu, porque sempre dói as Benzetacil. Então a gente já tem aquele medo, aquele negócio, de sair mancando, então foi super sossegado. (Leonardo, M, 24).

Uma curiosidade interessante foi a associação que alguns colaboradores fizeram entre a dor sentida pela injeção e significados adicionais remetendo a “punição” ou “purificação”, como “sentir na pele a consequência de suas atitudes”, “dor na alma por não ter se protegido ou por ter confiado”, e, ainda, “sentimento de sentir-se purificado e novo”, estar “limpo”.

Tipo assim, de me sentir mal, né, não assim, mas lógico que não é, mas vinha, tudo que, tipo assim, ó, é sua culpa, aí ó, porque assim, a injeção dói, risos, dói muito, então e aí depois não conseguia me mexer direito, aquela coisa de ficar dolorido, sentindo, você tá sentindo na carne, você tá sentindo na pele a consequência das suas atitudes, então é assim, mas lógico que não é alguém que tava me humilhando, na minha cabeça vinha como humilhação, mas eu entendia que não era isso, sabe, mas vinha pensamentos tipo do que eu tinha feito lá atrás e que hoje eu não me orgulho mais, então hoje eu entendi que aquilo lá, meu, não é mais pra mim, então, já tava tudo certo, aí veio essa situação, então veio um pouco à tona, então eu tive que trabalhar aqui o emocional, pra não deixar isso me abalar mesmo, eu ficar mal com tudo isso, lógico que nos dias, poxa, não era fácil, entendeu, não era fácil, por isso que eu falo que precisa, a pessoa precisa realmente, assim, tá com o emocional, de repente ter uma orientação na parte emocional pra conseguir mesmo. (Carmem, F, 30).

Dói a injeção? Dói. Mas a dor da alma dói mais, a injeção dói porque você fica se culpando, fala puta que pariu, desgramada, por que você não se cuidou? E tô tratada, e tô feliz por causa disso, agora eu tô esperando o próximos exame, se Deus quiser não vai dar nada, pelo amor de Deus, risos. (Eunice, 32)

A atitude principal foi buscar o conhecimento, saber o que que era a doença, e querer me limpar. Querer me cuidar realmente, tirar isso de mim, sabe, ser purificado, ficar limpo. (. . .) Ó, quando eu tomei a injeção, eu me senti limpo, me senti purificado, me senti novo, entendeu, porque quando você pega uma DST, é , pelo menos no meu modo de pensar você se sente mal, sabe, você se sente uma pessoa contaminada, se sente meio que um lixo, porque você pegou uma doença sexual, você não sabe de quem você pegou, e se você pegou foi de consequência de todas as ação que você teve na vida, na sua vida amorosa, entendeu, se eu tive essa consequência duma doença, foi porque eu agi de forma errada, entendeu porque eu me envolvia, porque se eu tivesse me valorizado me cuidado mais, e não ter se

envolvido com tanto, eu poderia não ter pegado, ou até ter se protegido, ter se cuidado né, com segurança. . (Mário, M, 22)

Cecília relatou que tinha medo da injeção e por isso deixou de tomar algumas doses.

Mediante o tratamento incompleto, precisou reiniciar o esquema e tomar novas injeções.

Então eu tomava duas por semana, da Benzetacil, eu cheguei a tomar acho que dezesseis, dezesseis injeção. [Entrevistadora questiona a quantidade e o motivo] Dezesseis. É, eu cheguei a tomar dezesseis. Porque ela, ela passou duas por semana. Era, era tipo duas em uma só. Então eu tomava dois e, dois mil e, ai meu Deus, é porque é mil e pouco cada injeção, cada Benzetacil, então eu tomava dois mil e uma porcentagem lá. Ah eu f- a primeira vez eu tomei, eu fui duas semanas tomar. É porque assim, eu morro de medo dessa injeção, né, então, eu tinha que tomar de semana em semana, tipo, passava aquela semana, eu tinha que ir lá e tomar de novo. Então eu peguei, tinha semana que eu não ia. Né, então, quer dizer, é, tinha que começar de novo, mas aí depois eu fiz certinho, eu falei, ai, se tiver que tomar toma logo, e pra acabar logo isso. (Cecília, F, 36)

Carmem relatou constrangimento ao comparecer ao CTA para receber o medicamento, por receio de encontrar conhecidos e ser julgada e, ainda, considerou que os outros estão equivocados ao não demonstrarem preocupação quanto ao HIV.

Sim, aí eu vim sabe, vim, porque assim você ficar esperando ali [na sala de espera do CTA para a medicação], você fica meio que assim, poxa, hoje se eu encontrar alguém aqui hoje a pessoa vai chegar aqui, nossa, que eu vou, né, o que que a pessoa vai pensar (. . .) mas eu tinha que focar, o tratamento podia ser, deveria ser concluído, então, por mais que a médica falou, ai, que isso fica ecoando, “não, tá tudo bem, você tomou algum medicamento”, mas eu, mesmo assim eu falei assim, não, eu preciso continuar, a outra médica falou que não, porque não era fácil ter que acordar e vir tomar o remédio, ou a injeção, não era, não era um dia assim, super, ai eu tô super feliz, não, mas eu tinha que concluir, então eu foquei. (. . .) Então eu fui livrada em muita coisa, poderia ter acontecido coisas piores, mas eu ouvia aqui esperando, tipo assim, pessoas comentando, ah, tipo assim, vindo fazer o tratamento pra Sífilis, mas “se tiver Aids não tem problema, hoje tem tratamento”. Então assim, aí, o que realmente eu quero pontuar, o quanto essa pessoa entende que a vida dela tem um valor? Que não é bem assim, que não é só um tratamento, que existe muitas consequências, que, eu tenho amigo que faz tratamento, então eu vejo assim, o quanto ele sofre, assim, porque o medicamento é forte, tem muitas reações, sabe, então o quanto ele se cobrava e ele se machucou por toda essa consequência, então, as pessoas estão com uma visão totalmente errada à respeito disso. (Carmem, F, 30)

Logo, verificamos que, quase de forma unânime, o recebimento da injeção de penicilina foi associada à dor física, como também descrito por Cavalcante et al. (2012). A exceção foi o relato de Leonardo que recebeu a injeção com anestésico. Foi relatado também o sentimento de alívio por sentir estar sendo curado. E a vergonha, por se expor como alguém em tratamento para Sífilis, com medo de ser julgado e estigmatizado, como observado por Brito (2008). Esteve presente também o sentimento de culpa, com o uso de termos como “senti na pele as consequências” ou “a dor maior foi a dor da alma” ou “me senti purificado” expressando a injeção dolorida quase como um castigo ou expiação. Foram relatadas duas situações em que foi preciso reiniciar o esquema de tratamento: uma em que o medo da injeção levou ao tratamento incompleto e outra em que após o tratamento adequado da fase primária o colaborador manifestou sintoma da fase secundária, sugerindo uma possível reinfecção. A falha terapêutica ou reinfecção são pontos de atenção para a equipe de saúde e para os usuários durante o seguimento de controle de cura.

Vários colaboradores relataram sentimentos de alívio e felicidade com o sucesso da cura da Sífilis. Para Arnaldo a cura se associou à possibilidade de retorno das relações sexuais. Viviane sentiu-se feliz e compartilhou sua alegria com pessoas próximas a ela afetivamente.

Foi um alívio. Risos. Sabe o porquê? Sífilis, além de incomodar demais, não só por ser uma machinha feia, mas aí você perde também um pouco de sensibilidade. Depois de um certo tempo, aumenta demais, fica muito sensível, muito, muito, muito. Tanto é que a glândula fica tão sensível que ela incha. Mas aí você tem que, tratando, certinho. Lavando após o ato em si, o que antes eu não fazia, aquela coisa assim de ser um cara romântico né, é vem cá um pouquinho comigo, deita aqui comigo, fala comigo, conversa, abraça, e você esquece que você tem que fazer aquilo. Higiene pessoal, né. Hoje não, hoje eu falo: espera aí um pouquinho que eu vou lá fazer a minha higiene, depois a gente deita junto, abraçadinho e conversa. Melhorou bastante, bastante, bastante. Então foi um alívio. Foi um alívio, porque as vezes, ela, assim, por uma necessidade, queria sexo. Mas eu não tinha como. Não poderia, porque tinha ferida, você tinha que lavar, tratar, ardia as vezes então, você tinha que poupar isso aí entendeu. E aí é complicado. (Arnaldo, M, 51)

Ah, pra mim, aí foi um alívio (. . .) (Beto, M, 51)

E, nossa, quando eu peguei o resultado e vi que eu não tinha mais, nossa eu pulei de alegria. Pulei, nossa, falei pro meu namorado, falei pra minha mãe, e nossa, foi uma delícia, falei pras minhas irmãs. É muito prazeroso. (Viviane, F, 18)

Mário também relatou que ficou feliz com a cura, porém manteve a preocupação com a transmissão vertical até o nascimento do filho.

Ó eu fiquei super feliz viu (. . .) Daí maior preocupação foi depois que, quando meu filho tava quase pra nascer, porque a gente não sabe se passa ou não né enquanto tá lá no útero da pessoa, daí quando ele nasceu, fez o exame obrigatório que é do coração, do pezinho, e de vista né, e já fez o exame que pega aqui nas costa dele, não sei o local exato, que tira um líquido transparente pra poder saber se a Sífilis transmitiu pra ele ou não, graças a Deus não tinha transmitido. (Mário, M, 22)

Apesar dos sentimentos de alívio, a cicatriz sorológica, isto é, a “marca” da infecção passada/ curada que pode persistir “positiva” no resultado de exame, pareceu ter trazido para vários colaboradores uma sensação de desconfiança quanto à persistência da infecção, com medo de reativar, e medo de transmiti-la.

Ah, eu fiquei feliz assim pelo diagnóstico, mas eu vou ser sincera, eu tô orando pra negativar, risos. (Carmem, F, 30).

Ah, um alívio né com certeza, com certeza. (. . .) sigo me cuidando, sempre venho fazer exame, tanto é que vou passar na infecto mesmo sabendo que tô curado, pra sei lá...E como eu saio com uma outra pessoa agora, e a gente transa, inclusive sem camisinha, eu quero que ela me confirme que isso não é transmissível. (Leonardo, M,24).

Foi bom, mas eu preferiria que não existisse nem esse 1%, né, risos. Preferiria que não tivesse nem isso, mas foi bom saber, foi muito bom. Porque o medo, sempre fica naquilo, assim de voltar e num curar. (. . .) Que nem eu sempre tive vontade, tenho vontade de engravidar, eu tenho medo, por causa da má formação, se tiver com Sífilis dá problema na criança. (Eunice, F, 32)

Ai, porque eu morro medo de ter, ai de voltar de novo. Porque ela falou que é uma coisa que pode voltar, né, não é uma coisa assim, falar nossa, tá curada. Que nem, ela me liberou, ela me deu alta, só ela falou: “ó Cecília você tem que tomar cuidado.” (. . .) Aí ela explicou pra mim, ela falou: “ó, Cecília, não é que você não tenha mais a Sífilis, você tem porque tá no sangue, só que assim, ela fica como se fosse uma cicatriz, então quer dizer ela, ela curou, mas é assim, você tem que se

cuidar, sempre usando preservativo porque pode chegar ao ponto, porque você não sabe quem tem, quem não tem, né, então você pode chegar a voltar, ou voltar pra você ou você passar pra uma outra pessoa”. Machucado, né, essas coisa assim, eu tenho que tomar cuidado. (Cecília, F, 36).

Portanto, vimos que ao mesmo tempo em que a cura foi recebida com alívio e contentamento, alguns colaboradores relataram medo de uma nova infecção, e no caso de Mário restou ainda a preocupação da transmissão congênita, descartada posteriormente na ocasião do nascimento do filho. A cicatriz sorológica e a ciência da possibilidade de reinfeção parecem ter sido entendidas erroneamente por alguns colaboradores como a possibilidade de persistência e reativação da infecção, sugerindo a marca que fica da doença e o medo de que ela nunca deixe de existir. E assim, mesmo sabendo estarem curados, queixaram-se do medo de transmitirem a Sífilis via sexual ou vertical. A cura foi associada ainda com estar limpo/a. Souza e Barroso (2009) encontraram a associação das IST com a falta de higiene e a promiscuidade, esta última também em Mauch et al. (2012). Estas noções relacionam a IST à imoralidade, e podem contribuir para o sofrimento emocional com o diagnóstico recebido, e conseqüentemente para o enfrentamento da doença.

4.2.3 Sífilis adquirida e Relacionamentos interpessoais

4.2.3.1 Revelação do diagnóstico e tratamento junto o/a parceiro/a

Beto relata que contou para a amante, a ex-parceira, e a parceira fixa atual, sendo que cada diálogo pareceu corresponder à dinâmica dos acordos explícitos ou não na relação. Para a amante, falou sobre a doença, levou-a para o tratamento e negociou o uso preservativo durante esse período, sem troca de acusações. Com a ex-parceira, de quem ele acha que se infectou, comunicou de modo direto, sugerindo que ela se tratasse também. Já

com a esposa, disse que estava com hepatite B e a levou para a testagem e, diante da confirmação da infecção nela, foi acusado de ser transmissor e pareceu não ter se importado.

Pra ela eu, que nem na época mesmo nós era amante, eu era casado, eu tava com a outra, tava casado, pra ela foi fácil, né, que nem eu cheguei pra ela e falei: “Maria [fictício] nois ta com Sífilis”. Ela falou: “que que é isso?” Eu falei: “isso é uma ferida que dá assim”, aí ela falou: “eu vi, um dia nos fomo te relação eu vi”, mas que nem, quando, tava no comecinho, eu vi uma feridinha, que nem ela falou, depois eu vi lá também, ela falou assim: “o que é que nois tem que fazer ?” eu falei: “ó já vou ser franco com você, isso daí não é um caso grave, se você se cuidar, tem cura, mas se não se cuidar, ela dá retorno, aí vira, transforma”, eu falei: “pode transformar até em câncer”, ela falou; “então tá bom, então eu, vamos nos cuidar”. (. . .) Nenhum culpou o outro né, que nem ela falou: “não sei”, eu falei: “eu também não sei”, eu falei: “ó não posso dizer se foi de você ou se foi de outra”, eu falei pra ela: “eu tive relação sexual com outra pessoa”, ela falou, né, ela falou: “então tá bom”, eu falei: “tá”, ela falou: “eu também já tive”, [Beto falou] então nós não pode julgar, um não pode julgar o outro. (. . .) Aí a outra, que eu tenho certeza que eu peguei, aí eu já, tinha, aí eu abandonei, mas só que abandonei, eu liguei pra ela e falei: “ó, o negócio é o seguinte, você vai no médico, faz os exame que eu tive uma infecção e eu acho que você também tá”. (. . .) Ficou, essa daí, ela ficou sabendo, aí eu cheguei em casa e falei: “Bruna [fictício]”, ela falou: “o que?”, “Você precisa fazer um exame de hepatite!” Ela falou: “por que?” Eu falei: “não, é que eu fiz, coisa e tal”, eu não falei a verdade, ela pegou e falou assim: “tem que fazer?” Eu falei: “tem, é bom, se você quiser eu te levo”, ela falou: “então você me leva que eu vou fazer”, aí quando saiu o resultado ela falou: “é, tô com Sífilis”, eu falei: “normal”. “Normal pra você que fica pegando essas biscate aí pro meio da rua sem camisinha, você passou pra mim”. Ah, eu falei: “Bruna, agora não adianta mais brigar, né, já aconteceu, tudo, então vamos, vamos nos cuidar”. (Beto, M, 51)

Mário também relatou ter utilizado como estratégia recomendar para a parceira fazer o exame. Relatou ainda que se sentiu envergonhado em ter sido o transmissor e ofereceu apoio a parceira quando a percebeu chateada. Arnaldo relatou ter contado diretamente, e que a parceira ficou nervosa de início, mas depois aceitou. Em ambos os casos as parceiras fizeram o tratamento concomitantemente.

Ó, foi assim, eu fiz o exame, constou que eu tinha, automaticamente eu sabia que ela também tinha, porque transamos, e...eu não contei pra ela, eu falei pra ela fazer o exame, ela fez, constou que ela tinha, e nessa, eu não falei pra ela que eu, que eu não vou ficar naquele jogo né, você que pegou, você transmitiu pra mim, eu peguei eu transmiti pra você, eu sabia que eu peguei e transmiti pra ela, só que eu me senti tão envergonhado, que eu não queria falar isso, então eu fiquei quieto, e ela também ficou, tipo, super magoada, sabe, super brava, só que...ela entendeu, que ela sabe a

vida que eu tive, e eu sempre esclareci pra ela meu passado, eu não vou esconder porque eu conheci muita gente, e ela sabe disso, e mesmo se eu não contasse as pessoas iam contar do meu passado, que era um moleque, que era um cara garanhão, que eu saia, que eu fazia isso, que eu fazia aquilo, então...foi difícil quando ela ficou sabendo, quando ela fez o exame, só que daí a gente conversou, eu falei pra ela ficar calma, que tinha cura, que ia dar tudo certo, passei segurança para ela. (Mário, M, 22)

Conversei com ela. Aí eu falei o fato, expliquei, alertei já ela, que ela também pode estar com esse vírus, ou sim estava já, digamos assim em relacionamento. E inicialmente ela surtou. Porque assim, ela nunca teve Sífilis. Nunca. Então pra ela, era uma coisa nova, e ruim, péssima. Então, ela ficou muito tensa, preocupada. Mas aí passou uns quatro dias, ela já foi ficando mais calma. Assim, então “vamo vence isso aí juntos”. A única forma, porque já que tem, então vai vencer junto. Mas pra ela, no início foi difícil. Complicado. Aí depois que ela foi aceitando bem, que foi, assim é, erro assim de ambos, e que a gente ia ter que né fazer as ...coisa certa. Preservativo, usar sempre. É, injeções, tomar certinho na data certa, sem erro nenhum. E aí deu certo, graças a Deus. (Arnaldo, M, 29)

Viviane relatou que quando revelou o diagnóstico ao parceiro que assumiu ser o transmissor e se mostrou indiferente, recusando o tratamento, o que a levou a separar-se dele. Já com o parceiro atual, com quem tentou negociar o uso do preservativo por saber estar infectada, resolveu contar, apesar de sentir medo, e recebeu apoio e acolhimento.

Aí foi quando ele contou pra mim: “Eu sou um menino que gosta de sair com várias mulheres, não sou de uma mulher só, e eu passei essa doença pra você”. E aí eu pedi pra ele ainda se tratar, daí ele falou assim: “a minha vida já tá condenada, eu já tenho um monte de doença, então pra fazer tratamento não vai adiantar, porque eu vim pra esse mundo pra ser condenado, por isso que eu tô nesse ramo de” ...aí foi quando, aí parou nossa conversa ali e a gente se separou. Aí nunca mais eu vi ele. (. . .) Aí eu falei: “mor, eu preciso te falar um negócio”. Daí ele falou assim: “ânh?” Aí eu falei assim: “senta aqui, é muito sério”. Aí ele sentou perto de mim, aí eu comecei a chorar. Aí ele falou: “o que que você tá chorando?” Eu falei assim: “ah, porque eu menti pra você”. Ele falou: “Você mentiu o que?” Eu falei assim: “ah, eu tenho uma doença. E chama Sífilis, eu não sei se você conhece”. Ele falou: “eu já ouvi falar”. “E toda vez que eu pedia pra você usar camisinha e você falava que você confiava em mim eu não tinha coragem de falar”. Daí ele pegou, me abraçou, daí ele disse que me ama. Ele falou assim: “eu não vou te abandonar por isso. Você mentiu, eu sei que foi errado, mas você tentava falar pra mim, mas eu falava pra você que confiava ni você, por isso que você não falava, mas eu te amo, eu sempre vou ficar com você”. Aí foi quando eu me senti feliz. Porque eu achei que ele ia separar de mim naquela hora. Fiquei morrendo de medo. (Viviane, F, 18)

Eunice relatou ter ficado apreensiva ao receber orientação médica quanto à necessidade de tratamento do parceiro. Revelou ao parceiro sobre a Sífilis e foi acusada de ter adquirido de outra pessoa. Do mesmo modo, Cecília relatou ter recebido acusação semelhante da sogra. Ambas informaram ao parceiro sobre a necessidade do tratamento.

E o médico falou assim: “olha, o seu namorado, ele vai ter que se tratar”. Eu falei: “meu Deus do céu, falei e agora? Como que eu vou falar pra ele?” Falei: “não, eu me trato, saindo daqui”, tanto que saí, a primeira coisa eu liguei pro meu namorado e falei assim: “olha, o negócio é o seguinte, deu uma alteração no meus exame”. Ele falou: “o que que você fez?” Como se eu fosse a culpada. Eu falei: “calma aí, eu tô vindo me cuidar, eu tô vindo ver o que tá acontecendo, se eu não tivesse vindo você também não saberia, não é, sobre o Sífilis, e aí?” Aí ele pegou, falou assim: “tá bom, e o que que deu?” Eu falei: “deu Sífilis, e a agente precisa se cuidar, com o tratamento, é com a Benzetacil”. (Eunice, F, 32).

Aí eu peguei e liguei pra mãe dele, quando eu fiquei sabendo, eu liguei pra mãe dele, ainda a mãe dele desconfiou de mim, ela falou assim: “ai, você tem que ver, é, seus outros parceiros”, eu falei: “mas que outros parceiro?” Falei: “eu não tive”, nossa, meu chão abriu assim, ó, eu queria me enfiar num buraco e me esconder de todo mundo. Aí ela pegou, ele tava, nessa época, ele tava viajando. Eu falei: “ó, ele também tem que fazer o exame, pra ver”, né. (. . .) Então, eu esperei ele chegar, que ele tava viajando né, aí eu esperei ele chegar e falei pra ele, porque ele também tinha que fazer o exame, pra saber a quantidade que ele tava, que ele também ia ter que fazer o tratamento, né, porque assim, do mesmo jeito que ele passou pra mim, ele poderia passar pra outras. (Cecília, F, 36)

Na revelação, Cecília queixou-se com o parceiro de que ele não se cuidou e lhe transmitiu a Sífilis, que poderia ter sido o HIV, e o parceiro pediu perdão, mas Cecília preferiu terminar o relacionamento. Já sabia da traição, mas a transmissão da Sífilis não teve perdão.

Não, eu só, não teve nem conversa, tipo assim, eu só cheguei nele, falei o que tava acontecendo, falei: “olha, eu fui pra trocar de, de setor, aí fiz o exame de sangue, deu uma alteração”, claro, na hora eu briguei com ele, né, porque eu não achei certo, né, uma coisa eu falei pra ele: “nossa”, eu falei um monte pra ele, xinguei ele, eu fiquei super, falei: “nossa, se é uma Aids? Falei pra ele, se eu pego uma Aids, como que eu fico?” Falei: “você não pensou ni mim? Quatro anos comigo, e não pensou ni mim?” Aí ele chorou, num sei que tem, ele pediu perdão, me pediu desculpa, e tarará, eu falei: “num tem perdão, num tem desculpa. Você saiu com uma pessoa sem se cuidar, passou um negócio pra mim que podia ser um negócio, uma doença pior, você não pensou ni mim por causa das minhas filha, que eu tenho minhas filha”, aí

nossa, aí na hora ele chorou, fez aquele drama, eu falei: “não adianta”, eu falei: “não adianta, agora você tem que se cuidar, falei, ó vai lá, em tal lugar, faz o exame, vê lá, tomas as injeção e cabô, só que entre nós cabô, acabou tudo”. Falei: “agora acabou de vez”. (Cecília, F, 36)

Então, para os colaboradores que estavam em relacionamento fixo na ocasião do diagnóstico, foi delicado o momento da revelação aos/as parceiros/as, e os conflitos foram permeados pelo medo da rejeição, raiva, com acusações recebidas e realizadas em torno de quem teria sido o transmissor, e separações, situações também encontradas nos estudos de Brito (2008), Cavalcante et al. (2012), e Araújo e Silveira, (2007). Contudo, de modo diverso a estes estudos e ao de Costa (2005), não encontramos relatos de colaboradores que preferiram ocultar o diagnóstico do/a parceiro/a, apesar de haver o relato da insegurança em contar o histórico da contaminação para futuros parceiros. Houve também reação de aceitação e afirmação de amor, como apontado por Araújo e Silveira, (2007); Souza e Barroso (2009). Além da comunicação direta do diagnóstico da Sífilis, outra estratégia foi a recomendação de que a pessoa fizesse a testagem para conseguirem contar sobre o diagnóstico e, portanto, sobre a possível contaminação do/a parceiro/a.

O tratamento do(a) parceiro(a), ex parceiro(a) ou suposto transmissor variou nos relacionamentos. Em alguns relatos, como o de Mário e de Arnaldo, os dois aderiram ao tratamento junto com suas parceiras, conjuntamente.

A gente fez o tratamento correto, até porque a gente se curou junto, porque a gente pensou um no outro, entendeu, se um fazer errado, num vai adiantar nada o outro fazer certo, então os dois tem que fazer o tratamento correto, se é pra fazer, tem que fazer os dois. (. . .) Ela foi lá, ela se tratou, eu me tratei, deu o diagnóstico depois do tratamento que a gente não tinha mais nada, só ficou a cicatriz, tava não reagente, e bola pra frente, entendeu. (Mário, M, 22)

Fez, fez exame. Inicialmente, quando eu retornei aqui, que foi mesmo confirmado a Sífilis, a Dra. Ana [fictício] ela medicou já eu, e ela. Mesmo sem exame dela, porque já estávamos já há meses junto. Então, provavelmente, os dois tem que tratar juntos né. Tratamos juntos, aí depois: retorno, que aí fez os dois exame, que aí foi, graças a Deus, confirmado que já não tinha mais Sífilis. (Arnaldo, M, 29)

Em outros, apesar de relatarem aos parceiros, não houve interesse da parte deles em seguir o tratamento após o recebimento das injeções. Beto relata que as parceiras não pegaram os resultados de exames de controle, apesar de ter recomendado a irem. Cecília relatou que o ex-parceiro fez testagem e tratamento, só não sabia dizer quanto ao controle de cura.

Mas agora eu a Bruna [fictício] e a Maria [fictício] fizemo 100% [o tratamento], graças a Deus. (. . .) A Bruna, a Bruna mesmo, ela não foi buscar o resultado dela, que nós fizemo juntos novamente, que foi o último que nós fizemo, eu falei: “Bruna você não vai buscar o seu resultado?”. “Ah, não deu em nada, se der, eu mando se preocupar também, mas se der eles ligam”, eu falei: “num, você num pode esperar Bruna, é só ir lá pegar e cabou, vai pro serviço”, eu falei: “eu fui lá e peguei o meu”, ainda eu falei pra ela: “ó vamo junto”, ela que nem, o único erro que ela fez assim, não busca esse último, aí fomo lá buscar. Aí que nem a Maria, a Maria também ficou de buscar, tá lá, eu falei, hoje nós tamo junto de novo, falei: “ Maria, tem que ir lá pegar o resultado”, “não mas não deu nada”, eu falei “não, não amor, não é assim, nós vamos buscar, vamo busca pra gente ficar sabendo, vai que tem alguma novidade, a Dra. conversa alguma coisa”, né, “ah, outra hora eu vou” ...mas é, tem muita gente que é assim mesmo, pra ver fala: “ah, não, já tomei”, achou que tomou a Benzetacil, tudo, não precisa fazer tudo de novo, e pode ter recaída né. (Beto, M, 51)

Aí ele falou: “não, eu vou lá fazer o exame, não sei o que”, aí ele fez. Fez o exame, tava alto o [a titulação do exame] dele, tomou também as injeção, só que agora eu nem sei se ele, tipo, foi fazer outros exame, se tá se tratando, nem, não sei como é que tá. (Cecília, F, 36)

Em outros casos ainda, mais críticos, não houve preocupação, nem adesão ao tratamento pelos parceiros. Viviane relatou que o parceiro atual não aceitou fazer a testagem apesar de pedidos insistentes e de ter tido resultado alterado no banco de sangue e apresentado ferida no pênis. Eunice também relatou que o parceiro recusou-se a fazer testagem e a usar o preservativo, e por isso preferiu separar-se, e atualmente exige a testagem do novo parceiro.

Ah, eu pedi pra ele, peço até hoje. Aí eu pedi pra ele: “mor, mas eu quero que você vai lá. Você pode ir lá comigo. Eu quero que você faça a coleta, eu quero que você faz o teste pra saber se você tá”. Mas aí ele falava: “ai eu vou mor, eu vou, uma hora eu vou”, e até hoje nesse vou tá até hoje. E eu fico insistindo pra ele, insistindo e ele

não vai. [Questionada por que achava que ele se recusava] Ah, eu não sei, não sei se é questão de vergonha, se é questão de medo de, porque ele desconfia, claro, ele desconfia que ele tem, mas ele não quer acreditar, entendeu, ele não que vim fazer o teste e acreditar que ele tem, ele desconfia. Igual, o irmão dele sofreu um acidente de moto e precisava de sangue, e o sangue era compatível com o dele, e ele foi doar o sangue pro irmão dele e não podia. Por que? Alguma coisa tem no sangue. Aí o médico falou pra ele, que ele não podia doar sangue, aí foi quando ele pegou, me ligou, ele tava sentindo muita dor, aí ele pegou, e eu fui na casa dele, aí foi quando ele mostrou pra mim, que a cabeça do pênis dele tava com uma feridinha e tava cheio de pus. (Viviane, F, 18)

Aí eu fui entender mais sobre o SÍfilis. Fiz o tratamento, tudo, e nada dele se empolgar né? Ah, porque eu não gosto de usar camisinha, que isso aquilo, falei assim: “olha, então, acabou o relacionamento”. (. . .) Que nem, eu fiz meu último exame essa semana, né, vim fazer, e já conversei, já avisei pro namorado, falei: “ó, se cuida, já vamo procurar, já fazer o seu exame de sangue”, ele ficou meio assim, eu falei; “não, fi, ou é eu, ou você, ou você faz o exame ou eu te largo também”. Já meto o pé também e já ponho pra andar. Que primeiro a saúde. (Eunice, F, 32)

Viviane relatou a recusa do parceiro atual para usar o preservativo antes a após ter ciência de que a colaboradora estava com SÍfilis. Mesmo com sua insistência, o parceiro não quis usar o preservativo e ela, aceitou.

Porque antes, quando eu tava com a doença, que eu pedia pra ele, toda vez que a gente tava lá na nossa relação, eu pedia pra ele: “mor, coloca a camisinha, vamo coloca a camisinha?!” Aí ele falava: “não mor, eu confio em você”. Eu falava: “olha, mas mesmo assim, eu quero por”. Mas ele não deixava. Aí eu deixava acontecer. Aí até hoje. Até hoje eu falo pra ele: “mor, vamo por camisinha”, ele fala: “não, mor, eu confio em você, sempre confiei”. Mas eu falo pra ele: “cê lembra né, quando eu peguei a doença, quando eu menti pra você” ...ele fala: “não, mas eu confio em você mesmo assim”. Aí agente, não, às vezes, nem sempre, a gente não usa a camisinha. Mas eu sempre peço pra ele. E a gente não usa camisinha. (Viviane, F, 18)

Já outros colaboradores conseguiram negociar com o(a) parceiro(a) o uso do preservativo durante o tratamento. Beto relatou que foi uma decisão tomada visando atingir a cura total. Mário afirmou que apesar de não gostarem, no momento deram mais importância ao tratamento da SÍfilis e ao risco que poderia ter para o bebê. Cecília adotou o uso constante do preservativo de medo da reinfecção ou contágio de outras doenças, como a Aids. Arnaldo relatou uma dificuldade inicial em iniciar o uso do preservativo, mas ele e a

parceira conseguiram se habituar, principalmente após ter encontrado um tipo de preservativo ao qual se adaptou melhor.

Nesse negócio de tratamento essas coisas eu levo a sério, então eu falo, se tem que seguir a regra, vamo seguir a regra, então vai ter que ser assim, durante um período, até antes de nois fazer o teste aqui, ela num queria usar camisinha, eu falei: “não, nós vamo usar, porque nós não tá curado, a hora que nós tiver 100%, aí nós pode”. (Beto, M, 51)

Então eu sentei com ela, conversei: “ó você vai fazer o tratamento, eu vou fazer o tratamento, quando a gente tiver que ter relação vai ser com camisinha independente do que for”, entendeu, num sei se pega oralmente, se não pega, eu não tinha esse conhecimento, eu falei: “ó eu só quero fazer o tratamento certinho, a gente pode até não dar uma pausa, mas vamo usar a camisinha”, e até o final, até ter o resultado que a gente se curou, e deu certo! (. . .) Ah, então, como a gente tava já, mal acostumado né, foi difícil, mas a gente pensou no que a gente tava vivendo, no momento ali, que a gente tava com uma DST, então a gente tomou essa atitude, entendeu, a gente não ligou muito, no caso, “ah, é ruim”, “ah, incomoda”, “ah, a gente não tá acostumado”, “a gente não quer”... a gente pensou mais no tratamento, pensamo mais no nosso filho que tava pra vim, então nem tirou isso de lado, nós não ligou, não mudou nada usar camisinha e não usar, entendeu, daí a gente cabo levando uma vida assim, foi levando, foi levando, se curando se tratando, deu tudo certo. (Mário, M, 22)

É, no começo foi difícil, no começo foi difícil. Até eu falei pra doutora, mesmo, pra Dra. Ana [fictício]: “ai, Dra., tá difícil, porque eu num gosto de usar, tem as vezes também parceiro assim que num, também não gosta”, né, mas a gente põe na cabeça que, tipo assim, ai, eu peguei uma Sífilis, eu posso pegar uma Aids, então a gente usa. Se o parceiro fala: “ai, eu não vou usar”, eu falo: “então, esquece, num vou fazer nada”. Sem camisinha eu num vou fazer. (Cecília, F, 36)

Estávamos. Sim, nós conseguimos, Pra ela, não foi tão, assim ruim, difícil. Pra mim, geralmente assim, creio que pro homem assim já é um pouquinho mais difícil, complicado, porque diminui um pouquinho a sensibilidade, incomoda um pouco, mas é uma coisa necessária. Aí fomos usando, usando, usando, acostumei, consegui encontrar também, é, produto que, né, não é assim que nem o da alergia, confortável. Então isso aí ajudou muito. E hoje tá tranquilo. Ambos, as vezes ela também usa [camisinha] feminina, ou eu masculina, mas sem preservativo não. (Arnaldo, M, 29)

Por fim, destacamos Eunice, que relatou que fazia uso constante do preservativo, com segurança e determinação, nas suas atividades como profissional do sexo. Entretanto, na relação com o parceiro fixo, ela deixa de usar, reconhecendo a vulnerabilidade vigente.

Porque independente de qualquer coisa, no meu trabalho, eu me cuido. Eu tenho que me cuidar. E existem homens ainda, que te oferecem dinheiro para que você faça

sexo oral sem camisinha, que você transe sem camisinha, você entendeu, então eu falo, falo assim: “não, eu tenho que pensar ni mim e ni você, porque você pelo jeito não tá pensando ni você e nem ni mim!” Risos. Então eu tô pensando por nós dois. “Ah, mas a camisinha estoura”. “Não, não estoura. Quem coloca sou eu, e não vai estourar, pode ficar tranquilo. Mas na camisinha você não encosta, você vai usar a minha também”, risos, não é, então eu sou bem exigente nessas coisas, então eu me cuido. (. . .) E se ele [atual parceiro] tiver, Benzetacil nele e ni mim, né, porque eu também me ferrei de novo. (Eunice, F, 32)

Observamos que as mulheres/parceiras pareceram ter tido maior adesão para a testagem e o tratamento concomitante do casal. Da mesma forma, os três colaboradores em parceria fixa conseguiram negociar o uso do preservativo durante o tratamento. Já os parceiros de Eunice e Viviane recusaram a testagem, o tratamento e o uso do preservativo, no caso de Eunice acarretando na separação. Viviane continuou se submetendo à vontade do parceiro, e assumindo o risco da infecção, de modo semelhante aos relatos de mulheres em outros estudos (Silva & Santos, 2004; Araújo & Silveira, 2007; Cavalcante et al, 2012; Souza & Barroso, 2009). Ao que parece, há uma resistência masculina na adoção do preservativo e na testagem por solicitação da parceira, o que talvez se relacione à ausência de uma cultura de prevenção e/ou à desigualdade de gênero. Neste sentido, podemos ressaltar uma construção da masculinidade que coloca o homem em situação de invulnerabilidade, especialmente nos contextos de prevenção em saúde (Costa-Junior, Maia & Couto, 2016; Costa-Junior & Maia, 2009).

A adaptação ao uso do preservativo durante o tratamento foi relacionada à preocupação com a cura, ao medo de reinfeção, e ao medo da transmissão vertical. Arnaldo cita que a descoberta de um tipo de preservativo de seu agrado, comprado na farmácia, contribuiu para a adesão ao uso. Souza e Barroso (2009) também encontraram relatos de abstinência sexual e o uso do preservativo durante o tratamento de IST.

4.2.3.2 *Relacionamentos sociais, afetivos, conjugais e sexuais*

Viviane e Carmem destacam a importância do suporte emocional que receberam no processo de diagnóstico e cura. Viviane relatou ter recebido o apoio de um amigo que a levou ao CTA para testagem. Além disso, sabe que a primeira reação da mãe e das irmãs foi de reprovação, mas depois acolheram. A mãe de Viviane lhe telefonava nos dias de tratamento para incentivá-la a ir e ela também contou com o apoio das irmãs e do parceiro e o acolhimento dos profissionais do CTA.

Porque é difícil quando você pega a doença, quando você sabe, você, eu, desconfiava que eu tinha a doença, que eu tinha alguma doença, mas eu não queria acreditar, eu não queria acreditar, mas o dia que o meu amigo pegou eu falou vamo lá, eu peguei e tive coragem não sei da onde que eu ranquei tanta coragem de pega e vim, e acabei sabendo e fazendo o tratamento, e agora tô curada. Muito bom. (. . .) Quando eu contei pra minha mãe, assim, ela ficou brava, muito brava. Ela falou assim: “eu sempre conversei com você, eu falava pra você, usa camisinha, usa camisinha, usa camisinha, aí você não me ouviu, ó, aí aconteceu, mas já que aconteceu, agora vai ter que tratar né, vamo tratar”. Aí, no começo minha mãe ficou brava, mas é mãe, né, sempre fica do lado, sempre quer cuidar do filho. (. . .) E pras minhas irmãs também, minhas irmã no começo ficou brava. (. . .) ela [mãe] ligava pra mim toda vez que era o dia do meu tratamento, no dia do meu tratamento ela me ligava pra mim de manhã: “vai lá”. Aí eu vinha. (. . .) A minha mãe, minhas irmãs, meu namorado, ai teve os profissionais aqui do CTA, sempre falavam pra mim: “fica calma, vai dar tudo certo”, aí era gostoso ouvir isso. Eu adorava ouvir isso. (Viviane, F, 18)

Carmem relatou que foi a fé religiosa, as orações e a ajuda dos pastores que a levou a persistir no tratamento e obter a cura. Também acredita que vai revelar o seu histórico da Sífilis a um futuro parceiro com quem se casar.

Então eu sei que aqui é muito difícil, mas muitos não entendem, as vezes não tem igrejas que ajudem isso, então eu tive essa ajuda, eu tive essa orientação, então eu busco muito a bíblia eu recebi muita orientação a respeito de entender o meu valor (. . .) porque assim, Débora, não tem como falar pra você que eu num conclui tudo isso, que eu num busquei só pela minha força, que não ia ser só pela minha força, então eu tive ajuda dos meus pastores e continuei orando, porque eu fiquei mal quando eu soube eu fiquei, falei nossa, eu tenho isso, então por isso que eu tô assim, questão de cansaço, sabe, e aí eles oraram comigo, e eu orava bastante, e falava com

Deus, não Deus, eu não quero isso pra minha vida, então eu quero ser curada, eu quero buscar realmente fazer o tratamento por completo. (. . .) Eu quero casar, eu quero ter filhos, aí vai ter tudo isso, o meu esposo vai saber, eu não vou esconder isso dele. (Carmem, F, 30).

Por outro lado, as expressões de falta de apoio, de discriminação e de preconceito foram lembradas com sentimentos de solidão, tristeza, indignação. Cecília queixou-se da dificuldade de ter realizado o tratamento sem o apoio de familiares ou do parceiro. Além disso, sofreu discriminação no trabalho (teve diagnóstico no exame ocupacional) mesmo após apresentar carta médica esclarecendo sobre a Sífilis ser de transmissão sexual; foi demitida e entrou com ação na justiça. Beto relatou que um amigo ficou sabendo de sua infecção pela Sífilis e começou a tratar do assunto em tom de brincadeira, o que o incomodou e o fez reclamar.

Aí, quando eu fiquei sabendo que foi difícil pra mim, sozinha, foi difícil. Porque eu num tive, né, ninguém, assim, do meu lado pra tá ali, pra me aconselhar, pra me ajudar: não, Cecília, vamos que agora eu vou com você no médico, eu vou te ajudar. Fui tudo sozinha. Tudo sozinha. Num tive ninguém, não. (. . .) nem a ajuda delas [irmãs] eu tive, tipo, ai Cecília, vamos lá que eu vou com você no médico, vamos lá, você quer que eu acompanhe pra você ir lá tomar a injeção pra você não ir sozinha? tal, então quer dizer, eu não tive isso daí, tudo eu, tudo eu fiz sozinha, eu fui tomar a injeção sozinha, fui pro médico sozinha, fui fazer os exame sozinha, então eu num tive a ajuda de ninguém, assim. Então por isso que eu, eu guardo pra mim, sabe, então eu não fico falando pra ninguém. Aí, elas [irmãs] pergunta: “ai, já terminou?”, “Já, tô curada”. Mas num, ninguém me ajudou, não. Nem o parceiro, né, falar assim, né, nem o parceiro me ajudou. Mas tô bem agora, agora eu tô bem. (. . .) E eu acho assim também, que nem no serviço, eu fui discriminada no serviço, até coloquei o serviço na justiça (. . .), porque eles não deixavam eu entrar em lugar nenhum, disse que era uma, como se fosse uma doença contagiosa, aí eu fui lá [CTA], conversei com a Dra. Ana [fictício], ela explicou para mim, ela falou: “Cecília, não é assim, essa doença não é assim, ai, você vai pegar aqui, você vai contaminar, não é assim, é só se for, tipo, é só por doença, é, por relação”, né, aí, mas mesmo assim não adiantou, eles pegaram e me mandaram embora, aí eu coloquei lá o serviço na justiça, porque ai, tá rolando aí, vamo ver o que vai dar, porque eles foram preconceituosos, né, em relação à isso. (Cecília, F, 36)

Até um colega meu que ficou sabendo, não através de mim, falou; “Beto”, eu falei: “ó, o negócio é o seguinte meu filho, se for pra zoar, o bicho vai pegar, porque isso é uma coisa, não é brincadeira”, ele falou: “não, Beto, de boa, eu tô brincando, você não conhecia?” Eu falei: “eu não, nunca ouvi falar em Sífilis”. (Beto, M, 51)

Assim, o apoio emocional foi destacado por alguns colaboradores como de ajuda relevante para o enfrentamento da situação na vivência do tratamento da Sífilis. Assim como também apontado na literatura, foi relatado o apoio por parte do parceiro (Brito, 2008), de amigos, familiares (Cavalcante et al., 2012; Brito, 2008), profissionais de saúde (Costa; 2005; Araújo & Silveira, 2007; Brito, 2008) e o apoio espiritual. Já Eunice destacou a dificuldade de vivenciar o diagnóstico e o tratamento da Sífilis sem nenhum apoio. Além disso, a colaboradora sofreu discriminação na empresa devido ao diagnóstico, chegando ao ponto de ser demitida. A ausência de apoio e a discriminação também foram relatadas por Costa (2005), sinalizando os impactos sociais do contágio das IST.

A vivência da Sífilis foi relatada pelos colaboradores como uma intimidade compartilhada com poucas pessoas de confiança. Em alguns casos, por medo do julgamento social, houve quem temia ser descoberta e quem preferiu ocultar das pessoas o diagnóstico ou tentar manter-se escondido(a). Nos estudos de Cavalcante et al. (2012), Costa (2005) e Brito, (2008) o medo da discriminação acarretou o ocultamento do diagnóstico de familiares. Como apontado anteriormente, Carmem temia encontrar algum conhecido no local que frequentava para o tratamento da Sífilis. Cecília e Eunice relataram terem preferido ocultar a infecção pela Sífilis de algumas pessoas, escolhendo contar para poucas. Cecília teme uma reação de rejeição das pessoas que se aproximam dela amorosamente e Eunice espera saber a saúde do parceiro, antes de contar seu histórico do contágio da Sífilis.

Não, às vezes a pessoa, de falar assim: “ai, eu fui lá tomar uma injeção, ai, tomar Benzetacil”, aí, a pessoa curiosa pergunta, né, “ah, mas porque que você tá tomando Benzetacil?” Não é porque você só tá doente, ou gripada, ou alguma coisa assim, né, mas aí, eu ficava meia assim, eu nem, então eu nem comentava com ninguém que eu ia tomar, a única, a única que sabia assim mesmo que eu ia tomar era a minha mãe, na época até eu morava perto da casa dela, então é a única que eu, que ela sabia que eu ia tomar as injeção. Eu num falava, num ficava falando pra ninguém: ai, eu tomei, eu fui lá fazer tratamento, passei na médica, então é uma coisa que eu guardei pra mim, sabe, assim. Nem as minhas filha, minhas filha mesmo num, nem minhas filha num sabe disso. (. . .) É, mas mesmo assim eu prefiro não falar. Prefiro ficar, como se não tivesse nada acontecido, mas eu sei que aconteceu, mas eu prefiro nem, não

falar pro parceiro. Apesar, que praticamente, eu não falo pra ninguém, né, a única, que nem, eu falei, né, que sabe, é a minha mãe, minha irmã e essa amiga minha, porque a gente é amigas mesmo, né, então, tudo que uma conta, eu conto pra ela, ela conta pra mim, então a gente é assim. (. . .) Mas é muito, é constrangedor falar. Eu não, eu não me sinto bem em falar pra, assim, pra um parceiro. Ah, que eu acho, que eu penso assim, que ele vai chegar, vamos supor, aí vai, num vai querer mais ficar comigo, entendeu? Porque a gente não sabe como que é o pensamento de cada um, né, então, uns pode até aceitar, ficar numa boa, outros falar “ah não, ela pegou um negócio e eu não quero pra mim”, aí vai terminar entendeu? Então eu não falo. (Cecília, F, 36)

E eu também não contei pra ele que eu tive Sífilis, né, porque? Porque eu quero saber o exame dele primeiro. (Eunice, F, 32)

Viviane e Eunice relataram terem se tornado mais desconfiados depois da experiência da infecção pela Sífilis. A desconfiança relatada por Viviane seria acerca de uma infidelidade, pois quando percebeu em si mesma os sintomas da Sífilis, ela amava o marido e confiava nele. Já Eunice relatou uma desconfiança de que a pessoa com quem venha a se relacionar possa oferecer algum risco de transmissão de IST mas, curiosamente, ao mesmo tempo que afirma ser mais atenta ao uso do preservativo nas relações como profissional do sexo, Eunice contradiz-se, pois antes afirmou sempre se proteger no trabalho.

[Reação do parceiro ao contar da ferida] Mas só que ele falou: não é nada não, amor. Escondendo alguma coisa de mim. Eu desconfiava, mas eu não falava nada. (. . .) É que assim, trouxe sim, por causa que eu ainda, eu amo, eu acho que eu amo muito meu namorado, mas ainda tenho medo por que quando eu peguei a Sífilis, eu não acreditei, eu não confiei em mais ninguém, em homem nenhum, não confio até hoje, então toda vez que eu falo com meu namorado usar a camisinha é que eu sinto uma certa desconfiança, porque, é... por exemplo, eu tô na minha casa, e ele tá trabalhando, eu já penso em mil e uma coisas, achando que ele tá com outra mulher, achando que vai passar alguma doença pra mim, então, quando eu tive a Sífilis afetou muito na minha vida amorosa. (Viviane, F, 18)

Tá sempre desconfiando. Por que nem eu digo: nem todo homem se cuida como nós mulheres nos cuidamos. Do mesmo jeito, tem muita mulher que não se cuida também. Assim, então muda, você sempre fica com, você fica, tipo assim, eu não fico com o pé atrás mais, eu fico com a ponta do dedo, o resto do corpo tudo pra trás, risos. Por que? Para não acontecer de novo. Porque fica naquela assim, e esse fosse pior? Entendeu? Então até assim, fica, mudou muito. Mudou muito, nossa mudou muita coisa, risos. Ainda mais, principalmente com meu trabalho que é um trabalho

de risco [profissional do sexo]. Mudou mais ainda. As vezes chega um cara, “Ah, nossa lindo, maravilhoso, né?” Ah, falo: “huum, aqui não”, risos, você não me pega nem com milho verde. (Eunice, F, 32)

Já Arnaldo relatou que ter revelado o diagnóstico para a parceira e terem enfrentado juntos o tratamento com o uso do preservativo, melhorou a confiança entre o casal e inclusive a “desenvoltura” nas relações sexuais.

(. . .) a minha vida íntima, melhorou bastante, sexual, porque inicialmente, quando foi um choque, depois os dois foram juntos, trataram, aí um passou a ter mais confiança pelo outro, porque é complicado passar por, né, Sífilis, e você ir junto tratar, então melhorou muito, bastante. (. . .) Preservativo também, que é chato, mas você vai de pouquinho em pouquinho usando, acostuma, até que (. . .) você não vive sem, você já põe aquilo na cabeça, eu vou usar aquele, sempre tem um que é bem melhor, confortável, você vai e usa tranquilo, de boa. Evita riscos. (. . .) Sífilis não é uma coisa assim que a gente chama a parceira assim e fala com ela de boa, “olha eu tenho Sífilis”. É um coisa difícil de se falar. E quando é falado, mesmo ela surtando, ela percebe que é algo que eu poderia tratar sozinho, ocultar dela e achar que ficou de boa, tranquilo. Mas ela entendeu que eu fui até ela, então ela confiou em mim, mesmo sendo uma coisa ruim, eu fui pra dar uma informação dessa, péssima, ela viu que hoje ela realmente pode confiar em mim, aí a relação melhorou bastante, entre eu e ela assim, tudo, tudo, tudo. (Arnaldo, M, 29)

Então, enquanto para Viviane, a descoberta simultânea da infecção pela Sífilis e da traição pelo ex-parceiro trouxeram a desconfiança que persistiu no relacionamento atual, para Arnaldo, a transparência e o enfrentamento conjunto fortaleceram a confiança do casal trazendo ganhos para o relacionamento, assim como relatado no estudo de Araújo e Silveira (2007). Arnaldo também relatou ter recebido a prescrição de tratamento para ele e para a parceira. Porém, não verificamos entre os colaboradores nenhum relato de atendimento do casal pelo profissional de saúde, como no estudo de Costa (2005) em que a inclusão do parceiro no atendimento foi benéfica.

4.2.4 Autocuidado

4.2.4.1 Preocupação com a própria saúde

A valorização de si, da saúde e da vida permeou as falas sobre a motivação para o autocuidado, principalmente após o diagnóstico, o tratamento e a cura da Sífilis.

Leonardo afirma que sempre foi preocupado com a saúde e para isso, procura médicos e enfrenta o tratamento de doenças. Eunice, também preocupada com a saúde, afirma que possuem o hábito de realizar acompanhamento preventivo e, depois do contágio e da cura, cuida-se mais ainda, evitando outros contágios. E Beto, cuida da saúde por valorizar a própria vida e, por uma perspectiva de futuro, atualmente importa-se mais com a prevenção.

Mas nossa cara, na hora, tipo sei lá qualquer problema que eu tenha eu corro muito atrás da cura, e a saúde é uma coisa muito importante pra mim. Entendeu? Eu vou em médico quase consecutivo assim, porque eu acho que a ciência está aí pra isso mesmo, pra melhorar a qualidade de vida das pessoas. (Leonardo, M, 24)

Olha, por que desde o começo (. . .) aprender a se cuidar (. . .) a partir do momento que você teve relação. Então, acho que você tem que ter consciência, não importa a idade, você tem que ter consciência de se cuidar, que as vezes pode ser tarde demais. Entendeu, medo de você num, tipo assim, você, eu já tive o Sífilis, tá, e eu sempre me cuidei, sempre corri atrás de me cuidar, Papanicolau²⁷, exame de sangue, tarará, tudo aquelas coisera, de repente apareceu o Sífilis, se vier, o medo de você, de dar alguma coisa errado, então tem, acho eu vem já de berço, de você querer se cuidar mesmo, você entendeu, e procuro cada vez mais, né, também não ter nada, pra, pra não acontecer de novo. (Eunice, F, 32)

Ah, porque a gente tem que cuidar, que nem eu penso comigo, né, você já errou, tem um jeito de fazer o tratamento, tem que fazer porque você tem uma vida, então você tem a vida, e o direito de viver uma vida, então, você precisa se cuidar também, é uma coisa que é um processo rápido, então, tem que se cuidar, procurar cuidar, levar no, as coisa que eu levo a sério, né, nesse negócio de tratamento essas coisas eu levo a sério (. . .) então, aí a gente tem que cuidar porque a gente tem que pensar no amanhã, não só no hoje, porque se você for pensar só no hoje, aí você vai levar a vida pro brejo, você não vai ter uma excelente saúde, uma excelente vida, então eu acho sim, que nem eu falo, bom, que nem eu falo pros amigo: “ó se cuidar é a melhor coisa que tem”. “Ah, mas eu prefiro parar de beber, tomar o remédio pra tomar cerveja”, eu falei “não, eu prefiro continuar meu tratamento, porque isso daí

²⁷ O “Papanicolau” é o nome popular do exame preventivo colpo citologia oncológica, que investiga o câncer do colo do útero e outras afecções, por meio da coleta de material (raspado de células) da região.

eu tenho muito tempo pra frente ainda pra, pra curtir a vida”, a vida, a gente, a vida é uma caixinha de surpresas, a gente não sabe o amanhã, então vamo cuidar agora no presente né, aí depois o futuro cuida de nós. (Beto, M, 51)

4.2.4.2. Valorização de si

Os colaboradores mostraram-se todos motivados pelo tratamento visando a cura, em decorrência de diferentes razões, mas sobretudo, pela valorização de si mesmos. Um motivo recorrente foi a consciência de que a infecção poderia complicar, se não fosse tratada, ou o valor que atribuem a si mesmos e a vida.

Ó, o que eu me levou a ter as atitude e a buscar conhecimento com os profissionais e se cuidar foi primeiramente por mim mesmo, pra me purificar, pra mim ter a minha saúde de volta, pra tirar a contaminação do meu corpo, primeiramente, específico isso, porque eu queria me sentir limpo, eu queria me sentir purificado, porque eu não queria ficar com uma doença no meu corpo, entendeu, é como eu te disse, se você tem um machucado, se você tem um machucado muito grave, e você não cuida dele, ele vai infeccionar, pode ser que você tem um machucado no braço, você não cuida, ele infecciona, cai seu braço, é a mesma coisa uma DST, se você não quiser cuidar dela, não querer, ela vai prejudicar mais sua saúde, então você tem que cuidar (. . .) eu acho que se a pessoas buscar saber o que que é a doença, ela vai, vai abrir a cabeça dela, vai abrir um psicológico pra ela querer se cuidar, entendeu, daí que ela vai ter essa atitude, agora, se ela só fica sabendo que ela tem a Sífilis e não vê que não alterou nada no corpo dela, ela não tem o acompanhamento, aquele conhecimento de saber a doença, ela não ai se cuidar, porque ela vai achar que ela vai ficar daquele jeito pra vida inteira. (Mário, M, 22)

Primeiramente foi informação. Passaram mesmo por eles, mostraram pra mim, entendeu, cada estágio, então eu percebi assim, ou eu andava certinho, tratando, ou então a situação ia ficar pior. E eu vi coisas assim que me deu até ânsia. Então é melhor tratar já, agora que tá primária, porque se não, depois complica. Espalha tudo pelo né, pelo corpo. (Arnaldo, M, 29)

Questão assim de entender que era sério, sabe, que as pessoas acham que não é sério, que não tem problema, mas tem sim, as consequências, então nem tudo que tá na internet é verdade, mas eu sabia que tinham as consequências, e aí também questão assim de me valorizar, de entender o meu valor, sabe, de querer realmente que isso não venha mais anos decorrer na minha vida, que só foram todos esses anos porque eu realmente não sabia, e acho que é isso. (Carmem, F, 30)

É que ... é que assim, eu sou mulher, eu tenho que me dar o valor, eu tenho que me amar primeiro pra depois amar os outros. E eu pensava nos outros primeiro e não em

mim. Pensava em fazer o bem pros outros, mas não tava fazendo o bem pra mim, não tava me amando. (Viviane, F, 18)

Uma boa condição emocional e a valorização de si foram citados por Carmem, Mário e Viviane como fatores que contribuíram para o enfrentamento da infecção e a adesão ao tratamento, como nos estudos de Araújo e Silveira (2007) e de Barbosa e Freitas (2014).

Outras motivações foram: ter recebido informações precisas sobre a doença, vontade de curar-se para se sentir “limpo”, vontade de curar-se por pensar em outras pessoas e filhos(as), ter equilíbrio emocional.

(. . .) Pra mim foi isso aí, eu fiz os exame, tudo certinho, aí eu pensei muito nas minhas filha pra mim, porque eu podia muito bem falar: não, não vou fazer nada, não tô sentindo nada, né, podia deixar quieto, mas eu não, quando eu, primeira vez que eu fiquei sabendo eu já procurei, já, que dizer, me encaminharam, né, já fui, fui na, na, fiz as coleta, ai Cecília você precisa voltar fazer as coletas de novo, ia e lá voltava, fazia a coleta de novo, quer dizer, então é porque eu, eu quis me curar. (. . .) primeiramente eu pensei nelas [filhas], por isso que me levou assim, eu a ir atrás mesmo pra, pra me curar, que eu penso nelas, tudo é, tudo é elas, tudo o que eu vou fazer é em relação a elas. Medo deu, tipo, deu não me curar, porque eu, eu fico sabendo que tem muita gente que as vezes nem se, nem procura, né, tratamento, né, e acaba morrendo, né, então, eu penso nelas, eu pensei nelas. Falei não, vou me curar, vou me tratar e ...e se eu souber, tipo assim, de alguém que tem essa doença, eu vou procurar conversar, sabe, explicar, aí, aí, aí depois deu conversar com a pessoa tudo, aí vai da pessoa, né, se a pessoa quer se cuidar, ou não, se tratar ou não. Que a gente não leva ninguém forçado fazer isso, ai, mas graças a Deus eu me curei, eu me curei. (Cecília, F, 36)

Eu lembro como se fosse hoje, eu quis cuidar por causa do, da minha saúde, por causa do meu filho, e também, se caso eu não tivesse com ela, e eu descobrisse que eu teria a DST, queria cuidar, tanto pra não transmitir para outras pessoas, como pra me curar, ou pra me sentir bem. (Mário, M, 22)

A área emocional da pessoa precisa mesmo tá bem, porque se não, a pessoa, ela pode até, ai, por causa da minha família, por causa dos meus filhos, mas e aí? de novo? Sabe, será que vai se cuidar novamente? Será que vai ter todo o zelo mesmo pra não acontecer novamente? (. . .) Se a pessoa emocionalmente não estiver bem, entender o valor que ela tem e a outra pessoa tem também, ela vai passar para outra também, e aí? (Carmem, F, 30)

4.2.4.3 Vulnerabilidade: percepções e ações preventivas

Beto relatou que frequentou as casas de prostituição e, sem cuidados, pois antigamente só tinha ISTs fáceis de curar, provavelmente referindo-se à época anterior à epidemia de Aids, assim como Mário e Arnaldo apontaram anteriormente que a preocupação preventiva aparecia quando se tratava de HIV e não outras infecções.

Eu não saia da zona, e aquele tempo não tinha tantos cuidados que nem hoje né. Aquele tempo era pouco, era mais é guenorreia, crista de galo, chato, então era esse tipo de doença que tinha que era mais fácil de curar né...então era, não tinha, não tinha com que muito se preocupar, aquele tempo era viver a vida. “Vamo viver a vida?” “Vamo!” “Vamo pro puteiro?” “Vamo!” Porque não falava puteiro, naquele tempo falava zona né. “Vamo pra zona?” “Vamo!” (Beto, M, 51)

Em alguns casos, os colaboradores ressaltaram a relação entre aparência e saúde, sinalizando a crença de que uma boa aparência seria motivo para a avaliação de ausência ou não de uma IST ou HIV/Aids. Beto enfatiza também julgar que o preservativo prejudica a sensação na relação sexual.

O errado é a gente, chega aquela mulher bonita, gostosa, maravilhosa, toda arrumadinha, cheirosa, falo: “ah isso não tem nada”, que nem eu falo, não tem nada, só que a mulher, ela apresenta por dentro, o homem já é por fora, e eu que nem, um dia, fiquei pensando, puxa vida, tanto que eu aprontei na minha vida, não saia do putero, nuca tive uma infecção, aí quando eu parei de, de putero, que eu pensei que tava com uma pessoa certa, eu peguei Sífilis, então eu falo assim, eu falei, o culpado, mas porque que parou de usar a camisinha? Como se diz, né chupar bala com casca é difícil, você quer, ela também queria sem camisinha. (Beto, M, 51)

O que eu pensei, eu falei, nossa, porque teve pessoas que a gente se envolve, pela aparência a gente julga né, a gente fala, “ah, aquela pessoa é limpinha, é bonitinha, tal, num deve ter”, mas é uma pessoa dessa que pode ter e pode tá transmitindo pra gente, a gente nunca pode tá julgando por aparência, entendeu, por vestuário e aparência. (Mário, M, 22)

Porque a Sífilis, o HIV, esse tipo de doença, eles não tem, você, num é a cara da pessoa. Às vezes é aquele corpo, lindo e maravilhoso, e a pessoa não cuida como você se cuida, né. (. . .) “Ah, mas eu não tenho nada, porque eu malho, faço academia” [fala do ex-parceiro]. Eu também malho, faço academia, e aí? Né, [ele]

achou assim, ah, mas ela tava no grupo de risco. Todo mundo hoje em dia tá no grupo de risco. (Eunice, F, 32)

Verificamos que Beto e Mário revisaram a ideia de que pela aparência saudável poderiam julgar a ausência de risco para IST. Essa mesma falsa crença foi encontrada no estudo de Barbosa e Freitas (2014), assim como a opinião de que o preservativo diminui o prazer, como também foi relatado por Beto.

A vulnerabilidade também foi relatada pela negação na adolescência dos riscos e da necessidade de obter conhecimentos, pela valorização do prazer acima dos comportamentos preventivos e pela negação ou pensamento mágico de que “nunca vai acontecer”. Viviane, Carmem e Mário relataram que hoje percebem que na adolescência não se valorizavam, priorizavam o prazer e não se percebiam vulneráveis às IST.

A gente, quando a gente é adolescente, a gente não busca muito, a gente vive, vive momentos e relações, só que a gente não busca o conhecimento, porque que é isso? Por que faz aquilo? Por que que tem essa doença? Entendeu? a gente não quer obter o conhecimento, o resultado. (Mário, M, 22)

(. . .) eu num prestava atenção nas coisas que, já falaram na escola sobre as doenças que existem, mas aí eu não escutava, fazia de conta que nem existia, então eu só pensava no meu prazer, aí quando eu peguei Sífilis que eu pensei lá, lá atrás, falei nossa, e as pessoas falando pra mim e eu não dei ouvidos. (Viviane, F, 18)

Foi o que eu te falei, ah nunca vai acontecer comigo, ou se acontecer num tem problema, sabe, é, ai, tipo, não entender o valor da vida, não entender o valor que a pessoa tem, então uma etapa muito ruim mesmo, ah eu amo então nunca vai acontecer comigo, aquela coisa toda. (. . .) Porque eu vi que fora, assim, o porquê de tanta coisa também ter acontecido assim, por não ter pudor, ai, sai, vai e acontece. (Carmem, F, 30)

O enfrentamento da doença Sífilis (diagnóstico e tratamento) teve como consequência para vários colaboradores o reconhecimento da vulnerabilidade e a necessidade de assumir atitudes preventivas.

Ah, acho que me fez ficar um pouco mais esperto assim em relação a relações sexuais desprotegidas, e tudo mais, acho que é isso, fica a lição de que a gente é

vulnerável, e que acontece mesmo, que tá aí, e que a gente pode ser atingido, então eu acho que a experiência só mudou no sentido de eu ficar mais cauteloso, ainda mais, né. (. . .) Eu acompanho sempre, eu venho aqui no CTA todo ano fazer todos os exames, porque todo mundo que transa pra mim tem que fazer exame, independentemente de orientação sexual. (Leonardo, M, 24)

Mário relata que após viver a contaminação e o tratamento da Sífilis (a segunda ITS que contraiu, depois da Gonorreia) tem mais maturidade e cuidado em sua vida amorosa. É enfático em intencionar utilizar sempre o preservativo nas suas relações amorosas até que se encontre em uma relação estável o que, sabemos, o mantém vulnerável. Do mesmo modo, Beto pensa em si e na parceira, em protegê-la de um segundo contágio e passou a fazer a testagem com periodicidade.

Só que também eu coloquei na minha cabeça que a partir do momento que eu me curei, que eu não ia mais ter relação sem camisinha, a não ser que fosse com uma parceira que eu chegasse em casamento com ela, numa relação mais, mais estável né, agora se fosse me relacionar com uma pessoa ou com uma namorada aí sempre usaria camisinha, sempre, depois dessa, dessa segunda DST eu aprendi realmente, agora, eu tenho isso comigo, entendeu, eu não vou sem camisinha, mas não vou mesmo, pode ter a conversa que for, pode me enrolar, pode falar, pode argumentar, dialogar, eu não vou, porque eu aprendi, sabe, eu fiquei muito preocupado e eu vi tudo o que eu passei, como foi difícil, porque foi numa fase que ela tava grávida, então eu me preocupei muito, foi, a consequência veio com um bom final, né, tem males que vem para o bem, né, e aí hoje eu já sou bem diferente nesta questão de prevenção, de se cuidar, hoje eu já tenho isso comigo. (Mário, M, 22)

Eu só parei assim, né, que nem agora, farra, né, cê sabe que agora você tem a sua parceira do seu lado então você vai, já passou por um risco, num vamo passa de novo, né, então, mas pra mim continua normal, sem pobrema nenhum, é que nem falo, eu nem penso mais nisso, que nem penso, eu penso assim, de vez em quando fazer uns exames, porque fazer um exame de rotina, até, acho que semana que vem ou na outra eu vou passar lá fazer o exame de novo, é bom fazer né?! Mas eu acho que não teve recaída não, porque não fiz mais bagunça nenhuma, se cuido, crio juízo agora, bobeá uma vez, agora duas é muito, uma vez é normal, mas duas é burrice. (Beto, M, 51)

Portanto, os relatos também indicam uma relação entre o contágio da infecção pela Sífilis e a natureza do relacionamento entre transmissor e receptor, uma vez que a ideia do contágio não foi considerada nas relações que envolvem amor e prazer. Mesmo após a

Sífilis, Viviane, Eunice, Beto e Leonardo relataram não utilizarem o preservativo no relacionamento fixo. A crença de que o vínculo do relacionamento estável como garantia da ausência do risco para IST parece ser um fator de vulnerabilidade para as pessoas em parceria estável. A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas da População Brasileira (Brasil, 2011) questionou brasileiros de 15 a 64 anos sobre o uso do preservativo nos doze meses anteriores à entrevista, e 45,7% dos entrevistados relataram o uso do preservativo com parceria casual, ao passo que 19,4% relataram o uso preservativo com parceria fixa. Ao mesmo tempo, grande parte das transmissões de HIV, algo por volta de 30 a 40%, ocorre em relações de parceria fixa, tanto entre homossexuais como entre heterossexuais (Granjeiro, 2014). Tais estudos explicitam a possível falta de percepção de vulnerabilidade e o mito da proteção no vínculo da parceria estável.

Tanto Arnaldo em relacionamento fixo, como Cecília nas relações eventuais, adquiriram o hábito do uso constante do preservativo após a cura. Outros estudos também registraram que mulheres passam a fazer uso do preservativo, após a vivência da IST sintomática ou do diagnóstico laboratorial da Sífilis e do tratamento (Cavalcante et al., 2012; Araújo & Silveira, 2007, Souza & Barroso, 2009). Este apontamento parece revelar a experiência da IST como um gatilho para a percepção de vulnerabilidade e a atitude de adoção do uso do preservativo como forma de autocuidado. Cecília relatou que se adaptou ao preservativo e passou a dialogar com parceiros questionando se realizaram exames para IST, além de se tornar adepta a rotina de exames preventivos em geral.

Aí, quando ela [parceira] viu que deu negativo, aí ela já saiu daqui toda alegre e sorridente, aliviada, aí ela falou assim, que ela, brincando comigo: mas é pra usar camisinha ainda, viu!? Risos. E, não, tudo bem. (Arnaldo, M, 29)

(. . .) uma [mudança] é em relação à camisinha, né, de usar a camisinha, e ter assim, e perguntar, vamos supor, pro parceiro, né, se ele já fez algum exame, né, porque, se ele tem acompanhamento de fazer algum exame, não que eu vou chegar e falar assim, nossa, eu quero saber se você tem Sífilis, se você tem isso, não, falo: “ah, você já fez algum exame? Você já se tratou? né, já fez exame de HIV, essas coisa?”

Porque eu, ai, o que eu puder tá fazendo eu faço. Se falar pra mim, ai, vai ali tirar um sangue ali pra fazer isso, isso, eu tô fazendo. Nossa, porque agora eu, eu, ai eu morro de medo, nossa, tanto que qualquer examininho que eu puder fazer, ai, tô fazendo exame gratuito ali, eu vou lá e faço, tiro o sangue, vou lá e faço, só pra mim ver se não tem nada. Aí quando fala assim: “ai, tá tudo ok”, tá, nossa, fico aliviada, porque, ai, mas muda assim, né, a gente quando tem uma doença assim, a gente muda a maneira de agir, a maneira de, aí fica, faz mais exames, né, e quer saber se tá tudo ok, e tal, então, ai, eu tô assim, ai, eu morro de medo de pegar aquele negócio de novo. (Cecília, F, 36).

Eunice reconhece a necessidade da testagem do casal no início de um relacionamento para investigar uma infecção passada visando a prevenção. Carmem compartilha desse pensamento e, ainda, relatou que estava em abstinência sexual há algum tempo, e que a ocorrência da Sífilis reforçou essa escolha relacionada à sua crença religiosa.

Eu acho que os dois, a partir de um momento que um casal resolve que vai transar sem camisinha, os dois tem que fazer um exame de HIV. De HIV, de Sífilis, tem que ir lá, fazer um exame de sangue. (Eunice, F, 36)

Mas assim, o que a gente, que nem até o pré-natal, nupcial né, quero, quero fazer, quero que a pessoa faça, então um cuidado pra ele, e pra mim eu me garanto, né, assim de saber que tá tudo certo, então as vezes a pessoa também pode não saber como eu não sabia. (. . .) É, num, assim num, acho eu tô melhor, lógico, é, a parte física né, a disposição, mas eu não tive mais relação sexual, então eu pretendo só depois do casamento mesmo, então isso, assim, só me deu mais convicção da seriedade, sabe, do quanto que é sério, e que eu desejo guardar isso pro meu casamento. (Carmem, F, 30)

A testagem diagnóstica possibilita a prevenção das complicações de uma IST não tratada. Para um casal, pode também impedir a transmissão involuntária. Cecília, Eunice e Carmem relataram perceber a importância da testagem prévia do casal no início do relacionamento para investigação de uma infecção antiga assintomática. Em outros estudos (Araújo & Silveira, 2007; Souza & Barroso, 2009) era ignorada a informação de que IST como a Sífilis, o Herpes e o HPV podem permanecer assintomáticas por longos períodos.

Cecília relatou ter aprendido uma lição sobre o uso do preservativo, passando a orientar as filhas e a amiga para não ceder à vontade do parceiro que não gosta de usá-lo,

recusando-se a relação sexual desprotegida. Da mesma forma, Eunice afirmou ter passado a orientar familiares sobre importância da testagem e do uso do preservativo.

Então eu agora eu aprendi uma lição, eu passo pra elas, né, então eu falo pra elas [filhas]: “ó, sempre usa, use camisinha, não deixe de usar, não importa se a pessoa gosta, se a pessoa não gosta. Se não gosta, então num faz. Se gosta, vai lá, faz, mas usa”. Ai, porque eu morro de medo. (. . .) E aconselho muito ela [amiga] também, eu falo pra ela, “ó, cê vê que eu já peguei, eu aconselho ela, usa camisinha”. Porque, que nem, eu peguei uma Sífilis, né, pode ser uma Aids, né, alguma outra coisa, então eu aconselho bastante ela. Que ela é igual a eu também, ela tem, assim, bastante parceiros, né. Tipo, ai, tá com um namorado aqui, já terminou e já tá com outro namorado ali, então eu aconselho bastante ela isso daí também, pra ela não passar pela mesma coisa que eu passei. (Cecília, F, 36).

Por isso que eu falo, e converso, hoje eu converso, converso com a minha irmã, converso com a minha cunhada, falo assim: “olha, gente, não é só sapeca iaiá não, viu. Tem que ir lá fazer exame, leva meu irmão, ó, vai transar, leva o namorado também, procura saber”, porque a instrução que eu não tive em casa, que eu não tive, hoje eu passo pra elas, tanto pros meninos, principalmente pros meninos. É engraçado porque tanto, do mesmo jeito que tem o homem que gosta de transar sem camisinha, tem a mulher também que toma a iniciativa, aí o bicho vem que nem cachorro louco e pau no gato. Então não pode, risos. (Eunice, F, 32)

Cecilia e Eunice relataram terem passado a orientar familiares e amigos recomendando o uso do preservativo e a testagem para IST, assim como a colaboradora do estudo de Costa (2005) que além de ter passado a utilizar o preservativo, sensibilizava outras mulheres para a importância do uso e da realização do exame preventivo do câncer de colo de útero.

Outras atitudes dos colaboradores que ocorrem em função da vivência da Sífilis, foram: o interesse de Beto por informações sobre outras doenças, visando a prevenção, e a divulgação da vivência de Viviane, compartilhando sua experiência de contágio, tratamento e cura da Sífilis com um grupo de jovens em uma palestra.

É que nem eu sou uma pessoa, dificilmente ia no médico, e quando eu também, sabe, não fico lendo os cartaz, essas coisas, que nem agora, hoje eu vou, procuro, se eu vou no médico, eu vejo um cartaz eu vou lá, eu vejo, eu leio, pra saber o que tá acontecendo, o que num tá. (Beto, M, 51)

Sei lá, eu vi tantos jovens, tantos meninos que jogam a vida fora, meninas que não se valorizam, e eu tive no meio deles, entendeu, eu tive, o que eles tão sentindo, o que eles sentiam, eu já senti. Então, o que eu fiz, eu não quero. Eu não desejo pra ninguém. Não desejo que ninguém faça. Então foi quando a profissional, que tava explicando lá perguntou, ah, alguém tem alguma experiência de vida, queria subir aqui em cima pra contar um pouquinho dela, teve alguma doença. Aí foi quando eu levantei a mão e fui lá, aí quando eu contei, falei pra se prevenir, que é muito bom, muito prazeroso, e teve uma hora que eu até chorei quando, que veio na minha cabeça que quando eu tava, eu tava na minha adolescência eu não queria saber de nada, só queria saber do meu prazer. Aí foi muito bom quando eu subi lá em cima, e falei pros jovens que estavam lá sentados, pra, que se prevenir é muito bom, é prazer do mesmo jeito, não muda nada. (Viviane, F, 18)

Em síntese, as categorias encontradas na análise das entrevistas desvelam sentimentos, percepções e ações sobre a Sífilis, a partir das vivências de cada um, em sua história de vida particular, relacionado ao contágio, diagnóstico, tratamento e ações posteriores.

Considerando a natureza qualitativa deste estudo não é possível a generalização dos resultados para a população de pessoas com Sífilis adquirida, contudo, o conhecimento das experiências deste grupo nos proporciona uma reflexão sobre situações que podem ser comuns às outras pessoas e, claro, novas pesquisas, podem aprofundar e elucidar outras questões, envolvendo a Sífilis a outras variáveis, tais como: diferenças de gênero, relacionamento homossexual, idade (jovem, adulto, idoso), atendimento recebido, etc.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos dos colaboradores que trataram a Sífilis, pudemos verificar que ela não é uma IST amplamente conhecida e com a qual as pessoas costumam se preocupar, como o HIV. Isso faz com que, na ausência de sintomas, a pessoa com Sífilis possa permanecer com a infecção sem a ciência do diagnóstico, com risco de complicações futuras, e se mantém uma transmissora. Ao encontro desta problemática, entendemos que uma ação em política pública interessante seria o incentivo a testagem, por meio de campanhas de ampla divulgação, bem como nos *check-ups* pelos médicos para toda a população, e não apenas para as gestantes no pré-natal, como ocorre hoje. Além disso, o preparo do profissional de saúde é fundamental para a situação do diagnóstico e seria útil a presença de psicólogos na equipe para configurar um suporte emocional consistente. Em relação ao tratamento da Sífilis, uma medida gerencial simples, no protocolo da aplicação da penicilina com anestésico, poderia contribuir para que o tratamento não seja um flagelo.

Para os que recebem o diagnóstico, uma educação em saúde eficaz é primordial. A informação pode não ser elemento suficiente para promover a adesão ao tratamento, mas ainda assim nos parece necessária e, em muitos casos, observamos que ela serviu como um acolhimento e incentivo para o tratamento de quem acabou de receber o diagnóstico. A educação em saúde sistematizada poderia evitar ainda que, mesmo curadas, as pessoas continuem preocupadas com a persistência da infecção, mantendo ansiedade e temor.

A atuação dos profissionais de saúde, envolvidos na testagem, diagnóstico e encaminhamento ao tratamento, é fundamental para direcionar as ações futuras das pessoas infectadas tanto no tratamento, quanto na prevenção futura. Mais do que oferecer informações e orientações, os agentes de saúde acabam por assumir uma importante função de acolhimento oferecendo apoio emocional, já que pode existir um impacto com o

diagnóstico, relacionado à falta de percepção prévia de vulnerabilidade e/ou aos próprios julgamentos morais relacionados às IST.

Deste modo, nos parece que a aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o autocuidado, exigem o enfrentamento do próprio sofrimento, do medo e receio de ter que expor para alguém a doença, ou de lidar com situações de discriminação ou preconceito. Neste sentido, o profissional que se responsabiliza por dar o diagnóstico deve se manter sem julgamento e disponível ao esclarecimento; essa atitude, somada a garantia de sigilo no serviço cooperam para o acolhimento e o apoio necessários.

Outra problemática vai além do serviço de saúde e se refere à intimidade da pessoa contaminada e em tratamento e sua relação com um/a parceiro/a, familiares, comunidade. No caso desse usuário viver em um relacionamento estável, a revelação do diagnóstico é um desafio que exige dele a habilidade de dialogar e enfrentar a reação do/a parceiro/a. As conseqüências dessa revelação têm a ver com o grau harmonioso da relação, que tanto pode se romper diante da “crise”, quanto se estreitar, diante do desafio do cuidado mútuo. Por vezes, além da própria adaptação pessoal ao uso do preservativo, é necessário ainda negociar o uso do preservativo do/a outro/a, durante o tratamento. E nesta conjuntura, a desigualdade de poder entre gêneros, dificulta os acordos entre mulheres e homens.

A experiência da Sífilis culminou com uma mudança de crença e de atitudes. Muitos usuários perceberam-se vulneráveis e de que é um equívoco confiar na saúde de pessoas com aparência saudáveis. Podemos dizer que a experiência da Sífilis adquirida representou uma percepção mais clara da vulnerabilidade ao HIV e outras IST. Em alguns casos, essa nova percepção levou a adesão de práticas preventivas, como o uso do preservativo, a testagem para detecção precoce ou a testagem do casal para evitar a transmissão involuntária da infecção antiga. Contudo, a falsa associação do relacionamento único com a invulnerabilidade continua sendo forte, mesmo após a experiência da Sífilis e diante da

vivência de vários relacionamentos de forma sequenciada, o que é preocupante e deve ser considerado em programas de Educação Sexual.

A Educação Sexual que os colaboradores foram expostos - tanto no âmbito familiar, quando no escolar - pouco contribuiu para o reconhecimento de vulnerabilidade ou para a promoção de hábitos preventivos. As IST foram relacionadas à uma visão negativa da sexualidade, dissociada de outros elementos como a afetividade, amor, prazer, etc. Além disso, as iniciativas formais de Educação Sexual foram limitadas e reduziram a sexualidade ao risco de IST e à doenças e danos, ao invés de incentivarem uma cultura preventiva que considere a sexualidade de modo amplo. Entendemos que uma Educação Sexual eficaz deve proporcionar uma vivência mais positiva, autônoma e prazerosa da sexualidade, visando no caso da prevenção Sífilis, a existência de diálogos assertivos sobre o assunto, a testagem e/ou o uso do preservativo.

Ressaltamos algumas atitudes de autocuidado dos nossos colaboradores durante o tratamento da Sífilis que nos pareceu importantes nesse processo: buscar os atendimentos, dialogar com o profissional de saúde, aumentar os conhecimentos sobre as doenças e prevenção, valorizar a si e aos outros, revisar crenças, aceitar o diagnóstico, buscar e receber apoio emocional, comunicar o diagnóstico para a/as pessoa/as com quem se relaciona/ou, negociar o uso do preservativo e/ou a testagem, experimentar novos hábitos, como adaptar-se ao uso do preservativo e, enfim, resignificar o que seriam as práticas sexuais seguras.

Conclui-se que os resultados deste estudo, dando voz às pessoas que passaram experiência de contágio e tratamento de uma IST, como a Sífilis, podem contribuir sobremaneira na elaboração e aplicação de propostas educativas. Geralmente, os programas elaborados e realizados em Educação Sexual, incluem as infecções sexualmente transmissíveis, especialmente nos aspectos: nomeação, causas, sintomas e tratamento, sem aprofundar os desafios encontrados para atitudes preventivas ou, ainda, remediativas.

Entendemos que para serem eficazes, os Programas Educativos e Preventivos em Saúde Sexual deveriam considerar o relato da população que viveu intensamente a experiência da enfermidade compreendendo, a partir dela, o que influenciou a vulnerabilidade e a exposição aos riscos, quais as dificuldades percebidas ao buscar o diagnóstico e lidar com ele diante de pares e familiares, como aderir ao tratamento com responsabilidade e com o apoio do parceiro/a, etc.

Conhecer essas vivências, tão gentilmente reveladas pelos nossos colaboradores, representa para nós, pesquisadores, profissionais da saúde e educadores, uma riqueza imensa, pois podemos compreender melhor as atitudes que levam as pessoas ao contágio e ao tratamento e vislumbrar a sistematização de estratégias pedagógicas relevantes que garantam a prevenção.

REFERÊNCIAS

- Amorim, R. M., & Maia, A. C. B. (2012). Sexualidade na adolescência: dúvidas de alunos de uma escola pública. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 7(4): 95 – 106.
- Araújo, M.A.L., Silveira, C.B.(2007). Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11 (3): 479 – 86.
- Avelleira, J.C.R. & Bottino, G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2): 111-126.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3), 16-29.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições, 70.
- Barbosa, J.A.G; Freitas,M.I.F. (2014) Percepções de homens com transtornos mentais sobre risco e autocuidado face às infecções sexualmente transmissíveis. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.2, 523-535.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido: Sobre a Fragilidade dos laços humanos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro. Editora Zahar.
- Brasil. (2003). *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/Coordenação Nacional de DST/AIDS, Unidade de Prevenção. Brasília – DF.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Oficina de Aconselhamento de DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Série Manuais nº 66*. Organizadora: Serafim, D. Brasília – DF.
- Brasil. (2011). *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (Serie G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília.
- Brasil. (2015). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília.
- Brasil (2016). *Boletim Epidemiológico de Sífilis. V. 47, nº 35*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.
- Brito, A.P.A. (2008) *A experiência de ter um filho internado em uma unidade neonatal para tratamento de Sífilis congênita*. (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Cambricoli, F. (2015). *Sífilis entre adultos cresce 603% em seis anos em sp*. (2015, 09 de junho). O Estado de S. Recuperado de <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sifilis-entre-adultos-cresce-603-em-seis-anos-em-sp,1702467>.

Carrara, S. (1996). As mil máscaras da Sífilis. In: *Tributo a vênus: a luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. (pp.25-74). [Online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/q6qbg>.

Cavalcante, A.E.S., Silva, M.A.M., Rodrigues, A.R.M., Netto, J.J.M., Moreira, A.C.A., Goyanna, N.F. (2012). Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 24(4): 239-245.

Costa-Júnior, F. M., & Maia, A. C. B. (2009). Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1): 55-63.

Costa-Júnior, F.M.; Maia, A.C. B.; & Couto, M.T. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud e Sociedad*. Revista Latinoamericana. Rio de Janeiro. V. 23, 97-117. Recuperado de <http://sexualidadsaludysociedad.org>.

Costa, L.E.D. (2005). *Compreendendo o ser mulher portador de doença sexualmente transmissível*. (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Cyrino, A.P. (2009). *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. Editora Unesp.

Figueiró, M.N.D. (2001). *Educação Sexual: Retomando uma proposta, um desafio*. 2ª edição, Londrina: Ed. UEL.

Freire, P. (2014) *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 48ª edição. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra.

Giddens, A. (1993) *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (p.07-26). Tradução Magda Lopes. 4ª reimpressão. São Paulo. Editora UNESP.

Granjeiro, A. (2014) Precisamos acabar com a epidemia de preconceito: entrevista com o epidemiologista Alexandre Granjeiro (p 08-13). In: *Aids Prevenção e Cuidado. Fim da Epidemia é possível, mas ainda exige esforço*. Revista da Fundação Faculdade de Medicina. Recuperado de <http://pt.scribd.com/doc/248038382/Aids-Prevencao-e-Cuidado>.

Liborio, M. (2016) Sífilis congênita não para de crescer em Bauru e preocupa. (2016, 16 de novembro) In: *Jornal da Cidade de Bauru*, Caderno Geral. Recuperado de <http://www.jcnet.com.br/Geral/2016/11/sifilis-congenita-nao-para-decrescer-em-bauru-e-preocupa.html>

Maia, A. C. B., & Ribeiro, P. R. M. (2011). Educação Sexual: princípios para ação. *Doxa Revista Paulista de Psicologia e Educação* 15(1), 75-84.

Mauch, S.D.N.; Almeida, A.M.O.; Santos, M. F.S. (2012). O significado da Sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 06 (03), 127-143.

Navega, D.A., & Bruns, M. A.T. (2015). Sífilis adquirida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Bauru em 2013: perfil e evolução dos casos. In: *X Congresso da Sociedade Brasileira de DST; VI Congresso Brasileiro de Aids*, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Niterói: Editora da UFF, 2015. v.27.

Nunes, C. Silva, E. (2000) *A Educação Sexual da criança: polêmicas do nosso tempo*. Campinas, SP: Autores Associados.

Parker, R.G. (2000). *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA/ São Paulo: Editora34.

São Paulo (2011). *Conjugalidades e Prevenção as DST /Aids*. Org: Alexandre Yamaçake, Naila Janilde Seabra Santos, Regina Figueiredo. Centro de Referência e Treinamento em DST Aids. 2ª reimpressão.

São Paulo (2015) *Boletim Epidemiológico CRT-PE-DST/AIDS/CVE. Ano XXXII- Nº 1, período de 1º de Julho de 2014 a 30 de Junho de 2015*. Secretaria de Estado de São Paulo. (p.81-123).

Silva, L.R. & Santos, R.S. (2004). 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 R Enferm*, 8 (3): 393-401.

Silva, M.R.F., Brito, E.S.V., Freire, L.C.G., Pedrosa, M.M., Sales, V.M.B., Lages, I. (2010). Percepção de mulheres com relação à ocorrência de Sífilis congênita em seus conceitos. *Rev. APS*, Juiz de Fora, 13 (3): 301-309.

Silva, N. E. K., & Sancho, L. G. (2013). O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 463-471.

Sousa, L.B.S., Barroso, M.G.T.B. (2009). DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 13(1): 123-130.

Spaziani, R. B., Pereira, P. C., & Maia, A. C. B. (2014). Memórias da educação sexual: relatos de educadoras sobre a infância e adolescência. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 646-655.

Tampa, M.; Sarbu, I.; Matei, C.; Benca, V.; Georgescu, S.R. (2014). Brief History of Syphilis. *J Med Life*. Mar; 7(1): 4-10. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/?report=printable#R24>.

Ujvari, S.C. (2003) A Sífilis chega à Europa. In: *A História e suas epidemias: A convivência do homem com os microorganismos*. (p. 88-95). Rio de Janeiro. Editora Senac Rio.

Ujvari, S.C. (2012) A misteriosa origem da Sífilis. *In: A História da Humanidade contada pelos Vírus*. Editora Contexto. (pp. 81-100).

Víctor, J.F., Barroso, L.M.M., Teixeira, A.P.V., Aires, A.S., Araújo, I.M.(2010). Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 12(1):113-9. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a14.htm>.

Vieira, A. C.; Maia, A. C. B. (2016) A educação sexual na vertente biológica: perspectiva de dirigentes de uma escola pública de ensino fundamental. *Revista Leituras em Educação (UFT Arraias)*, v.2, p.67 – 79.

WAS. (1999). Declaração dos direitos sexuais. Recuperado de <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>

WAS & OPAS. (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico*. Word Association for Sexual Health & Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

WHO. (2011). World Health Organization. *Sexual and reproductive health: Core competencies in primary care*. Switzerland.

WHO. (2013). *Global health Observatory Data Repoitory*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/monitoring/en/>.

Apêndice A- Instrumento de abordagem para os convites

Bom dia! Fulano? É fulano ciclano, beltrano?

Meu nome é Débora e sou enfermeira do CTA, serviço de saúde no centro da cidade onde você fez alguns testes, você se lembra?

Gostaria de te fazer um convite, você tem um minuto para falar agora?

Vi aqui na sua ficha que você autorizou este contato por telefone pelo serviço, e vi também que você não tem nenhuma pendência com o serviço, já teve alta daqui, não é mesmo?! Mas é justamente por isso o motivo da minha ligação!

Estou fazendo um estudo, faço pós-graduação na UNESP, para conhecer um pouco da história de sucesso das pessoas que se cuidam, porque nós vemos no serviço que a maioria das pessoas não tem conseguido se cuidar, a maioria falta, abandona o acompanhamento.

Então a ideia é aprender com a sua história para poder ensinar outras pessoas a se cuidarem também. Gostaria de te convidar para participar.

Sua participação seria contar um pouquinho da sua experiência, de como você fez para se cuidar.

Será totalmente sigiloso, seu nome não vai constar, pode ficar tranquilo(a) que você será totalmente preservado(a), de forma que ninguém vai poder identificar quem fez o relato.

É voluntário, você não é obrigado(a) a participar, se não quiser pode dizer, isso não vai atrapalhar em nada seu atendimento aqui no CTA, você pode vir para testagem quando quiser, ok?!

Mas se puder participar vai ser de grande ajuda, uma contribuição muito importante para conseguirmos melhorar nossos atendimentos de saúde.

Você aceita? Vamos combinar?

ACEITE:

Que horário você poderia? Podemos combinar aqui no CTA se for das sete da manhã até a cinco da tarde. Se for melhor depois das seis da tarde, podemos marcar na UNESP.

Posso te ligar na véspera para confirmar?

Desde já eu agradeço muitíssimo a sua participação, fico muito contente, será um trabalho bem rico.

RECUSA:

Ah, tudo bem então, mas se mudar de ideia é só ligar aqui no CTA e me avisar. Obrigada pela atenção.

Apêndice B - Formulário sócio demográfico

Data: ____/____/____

Colaborador (a) _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Dados sócio demográficos:

1) Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

2) Gênero:

 Masculino Feminino

3) Raça/cor (auto-referida):

 Branca Preta Parda Amarela Indígena Não informado

4) Escolaridade:

 Não estudou 4 a 7 anos 12 ou mais Até 3 anos 8 a 11 anos não informado

5) Estado civil:

 Casado(a)/União estável. Solteiro(a) Separado(a) Viúvo(a) Não informado Outros. Qual? _____

6) Profissão: _____

7) Orçamento mensal (em média): _____

8) Religião: _____ Praticante Não praticante

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa [título inicial]. Esse estudo é referente ao Mestrado Profissional da pesquisadora em Educação Sexual pela Faculdade de Ciências e Letras da UNESP Araraquara, com orientação da Docente Pesquisadora [nome da orientadora na ocasião].

Nosso objetivo é compreender os significados e sentidos que você atribui às suas vivências afetivo sexuais, e em especial à sua experiência de ter assumido seu autocuidado de modo a conseguir sua cura da sífilis. Pretendemos também conhecer sua experiência no tratamento da sífilis nas etapas: de comparecer ao atendimento para revelação diagnóstica do resultado; recebimento das doses de medicação prescritas; em retornar posteriormente para coletar o exame de controle de cura; em manter ou iniciar o uso do preservativo; em comunicar as parcerias sexuais sobre a infecção; em verificar os resultados de exame pós-tratamento e receber alta médica.

Buscamos compreender a vivência de pessoas como você, que tiveram experiências de sucesso no tratamento da sífilis, pois acreditamos que este conhecimento poderá contribuir para que profissionais da saúde que trabalham na assistência a pessoas com sífilis possam conhecer a sua postura de autocuidado e compromisso com sua qualidade de vida, bem como viabilizar possíveis estratégias a outros homens e mulheres com diagnóstico de sífilis para aprenderem com seu compromisso com sua saúde.

Assim, você foi selecionado por ter tido conhecimento de seu diagnóstico da sífilis e apresentado a atitude de autocuidado, tendo seguido às orientações prestadas para um tratamento adequado. Para compreendermos esse seu modo de se cuidar, ou seja, obtendo sua cura, gostaríamos que você contasse o que você fez para alcançá-la. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com alguns dados sócio demográficos, e a seguir em fornecer um relato sobre a sua história de vida. Para facilitar nosso diálogo, vou lhe propor a seguinte questão: Conte para mim sua história de vida amorosa, desde a infância, adolescência, e fase adulta, e em especial a partir do momento em que ficou sabendo que tinha sífilis, e descreva o que você fez para ser curado. Você irá me falar de como vem vivenciando essa experiência. Seu relato sobre sua história pode durar cerca de 60 minutos, ou mais caso você considerar necessário.

A sua participação é voluntária, e você pode se recusar a participar, ou mesmo desistir da participação a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o Centro de Testagem e Aconselhamento. Garantimos também o anonimato de sua identidade em relação à todas as informações fornecidas para esta pesquisa. Você não terá nenhum ganho ou despesa financeira para participar do estudo.

Durante a entrevista, garantiremos o respeito aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, aos seus hábitos e costumes. Esperamos que você se beneficie em perceber sua competência e sucesso no tratamento e cura da sífilis, como motivo de orgulho por ter resolvido seu problema, fortalecendo sua autonomia e recuperando sua saúde. Porém, se durante o depoimento de sua vivência passada alguma lembrança te fizer sentir qualquer desconforto emocional, tipo tristeza, angústia, ou ansiedade, poderá escolher não falar sobre o assunto, ou mesmo encerrar a entrevista. E se desejar, poderá ser encaminhado/a para um atendimento especializado do tipo aconselhamento no próprio serviço, ou atendimento com profissional psicólogo em serviço especializado.

Deste modo, asseguramos que você não sofrerá nenhum dano decorrente da pesquisa. Contudo, informamos para sua ciência que diante da ocorrência de um eventual dano cabe o direito à indenização.

Informamos ainda que a Secretaria Municipal de Saúde é isenta de qualquer responsabilidade sobre esta pesquisa.

Peço autorização para gravar a nossa entrevista. Caso queira, posteriormente você poderá ouvir a gravação do seu relato, para saber se está de acordo, e alterar alguma informação se desejar. E se eu/ Débora enquanto pesquisadora ficar com alguma dúvida, poderei lhe pedir para agendarmos uma outra entrevista em local e horário conforme sua preferência e disponibilidade. Se após a entrevista você tiver alguma dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora, via telefone ou e-mail conforme os contatos que constam neste termo, o qual receberá uma via. Desde já agradeço a sua colaboração.

[Mestranda Débora de Aro Navega]
[Endereço]
[Telefone]
[E-mail]

[Nome da orientadora]
[Endereço]
[Telefone]
[E-mail]

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa etapa da pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Araraquara- UNESP, localizada à Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901-Araraquara - SP. Fone:(16)3334-6263 Endereço eletrônico:comitedeetica@fclar.unesp.br.

Bauru, _____ de _____ de 2015.

Colaborador(a)