

Relatos de Pessoas Curadas da Sífilis Sobre as Experiências na Adesão ao Tratamento¹

Débora de Aro Navega², Ana Cláudia Bortolozzi³

RESUMO

Diante dos altos índices de sífilis no Brasil, conhecer as experiências de pessoas diante do tratamento pode auxiliar no aprimoramento das práticas assistenciais para uma resposta mais efetiva ante essa epidemia. Esta pesquisa qualitativa-descritiva analisou os relatos de pessoas curadas da sífilis sobre as suas vivências no tratamento da infecção. Participaram quatro homens e quatro mulheres usuários/as de um serviço público de saúde brasileiro. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, cujas transcrições, na íntegra, foram analisadas em categorias temáticas. Os dados evidenciaram a valorização de si e da própria saúde como motivadores da adesão ao tratamento. A vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis e a adoção de atitudes preventivas foram reavaliadas. As injeções da medicação provocaram dor física e isso foi associado ao sofrimento pela culpa em não ter se protegido. Saber da cura foi um alívio, porém restou o medo de reativação da infecção. Foi desafiador revelar o diagnóstico ao/a parceiro/a sexual e lidar com as suas reações. A desigualdade de gênero permeou as reações de recusas dos parceiros ao tratamento e ao uso do preservativo. Destaca-se, ainda, o medo do preconceito e a efetiva discriminação, assim como a necessidade do suporte social. Conclui-se que, mesmo para pessoas aderentes ao tratamento da sífilis, este pode ser permeado por diversos tipos de sofrimento emocional e que uma assistência favorável à adesão deve incluir apoio emocional, boa comunicação profissional-paciente e uso de anestésico para reduzir a dor das injeções.

Palavras-chave: sífilis; adesão à medicação; cooperação e adesão ao tratamento; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

REPORTS OF PEOPLE CURED FROM SYPHILIS ABOUT THE EXPERIENCES IN ADHERENCE TO TREATMENT

ABSTRACT

Rates of syphilis are high in Brazil, so know the experiences of people regarding treatment can help to improve care practices for more effective responses to this epidemic. This qualitative-descriptive research analyzed the reports of people cured of syphilis about their experiences while treating the infection. Four men and four women who were patients of a Brazilian public health service participated from the study. Data were collected through semi-structured interview, recorded on audio, whose full transcripts were analyzed in thematic categories. The data showed the valorization of oneself and one's own health as motivators for treatment adherence. The vulnerability to Sexually Transmitted Infections and the adoption of preventive attitudes were reassessed. The injections of the medication caused physical pain and were associated with suffering from guilt because they have not been protecting themselves. Knowing about the cure was a relief, but the fear of reactivating the infection remained. It was challenging to reveal the diagnosis to the sexual partner and deal with their reactions. Gender inequality permeated the reactions of partners' refusals to treatment and condom use. It also highlights the fear of prejudice and the effective discrimination, as well as the need for social support. It is concluded that even for people who adhere to the treatment of syphilis, it can be permeated by different types of emotional suffering. An assistance favorable to adherence should include emotional support, good professional-patient communication and the use of anesthetics to reduce the injection pain.

Keywords: syphilis; adherence to medication; cooperation and adherence to treatment; Sexually Transmitted Infections.

SUBMETIDO EM: 17/11/2021

ACEITO EM: 11/5/2022

¹ Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru/SP, Brasil.

³ Autora correspondente: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Av. Eng. Luís Edmundo Carrijo Coube, 14-01 – Núcleo Res. Pres. Geisel, Bauru/SP, Brasil. CEP 17033-360. <http://lattes.cnpq.br/0418187005680125>. <https://orcid.org/0000-0003-4796-5451>. claudia.bortolozzi@unesp.br

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que pode ser curada mediante o tratamento correto e completo, sendo aparentemente um problema de fácil resolução. Receber este diagnóstico e realizar o tratamento, entretanto, costuma ser algo complexo, pois envolve questões psicossociais sobre a sexualidade, afetos, crenças e significados associados ao contágio e é comum emergir sentimentos como culpa, vergonha, medo e raiva, além do receio de sofrer discriminação e rejeição¹⁻³.

A benzilpenicilina benzatina, preconizada como tratamento de primeira escolha para a cura da sífilis adquirida, é administrada por via intramuscular, em esquemas divididos em doses semanais, com prescrições rigorosas dependendo do tempo estimado da infecção, posto que o atraso de dose pode requerer o reinício do todo o esquema. Para o tratamento completo é preconizado, ainda, o monitoramento trimestral por meio de exames de sangue cujos resultados indicam a efetividade do tratamento ou a necessidade de retratamento por falha terapêutica ou reinfecção. Ademais, se a pessoa diagnosticada referir relação sexual sem preservativo nos três meses anteriores ao diagnóstico, recomenda-se que os/as parceiros/as sejam testados/as e tratados/as⁴. O tratamento, portanto, é considerado adequado e completo quando a pessoa recebe todas as doses da medicação prescritas e realiza o monitoramento por um ano (coletando exames de sangue e retornando para saber os resultados) até a alta médica. Nesse período é necessário, ainda, utilizar o preservativo para evitar a reinfecção, pois a cura não proporciona imunidade.

As dificuldades de adesão das pessoas diagnosticadas com sífilis adquirida ao tratamento completo da infecção são entraves para a cura dessas pessoas e, conseqüentemente, para o controle da epidemia que vem crescendo no Brasil nos últimos anos, inclusive nas populações de gestantes e também de crianças acometidas pela sífilis congênita⁴. A gravidade da sífilis congênita impõe esforços conjuntos para o enfrentamento desta e da sífilis adquirida, visto sua inter-relação: quanto maior a prevalência de mulheres e homens com sífilis sem tratamento adequado, maiores as probabilidades da transmissão congênita.

Falhas na estrutura e organização dos serviços públicos de saúde, bem como na capacitação das equipes, são apontadas como entraves para a adesão ao tratamento da sífilis, no diagnóstico e tratamento tardios. Além disso, as vulnerabilidades sociais, relacionada às baixas escolaridade e renda e ao uso de drogas, repercutem em prejuízos na compreensão da relevância de tratar a sífilis adequadamente, e também as dificuldades financeiras para se locomover até os serviços de saúde⁵⁻¹¹.

Outra questão é quando a pessoa diagnosticada com sífilis tem dificuldades e/ou não comunica o diagnóstico ao parceiro por diferentes motivos: desconhecer a importância de fazê-lo; não saber explicar sobre a doença e o tratamento; não estar mais envolvida no relacionamento; medo da violência baseada em gênero; falta de abertura para o diálogo; temor de ser responsabilizada; temor da rejeição ou medo de encarar a infidelidade na relação^{1,5,9,11,12}.



Estudos apontam diversos fatores associados à recusa do tratamento da sífilis: não se sentir doente; não acreditar na possibilidade de infecção assintomática; não acreditar no tratamento; ter medo da dor da injeção e das reações adversas do medicamento; acreditar estar curado após receber a medicação; ter dificuldade em seguir os agendamentos e não ter costume de frequentar serviços de saúde^{5,7,11,12}.

Aceitar o diagnóstico de sífilis é um dos primeiros passos na direção da adesão ao tratamento. Profissionais da saúde, que apresentam posturas acolhedoras, prestam apoio emocional e realizam educação em saúde, auxiliam na minimização do impacto emocional dos acometidos e sensibilizam para a relevância do tratamento completo que elimina os riscos de adoecimento e de transmissão da infecção por via sexual e/ou vertical³.

Enfim, a adesão ao tratamento da sífilis costuma ser condicionada por fatores psicossociais que, se conhecidos de modo empírico, podem colaborar para o aperfeiçoamento da assistência prestada para essa população. Diante do exposto, esta pesquisa teve por objetivo analisar, por meio de relatos de pessoas curadas da sífilis, as experiências de adesão ao tratamento, de modo a conhecer os desafios enfrentados e as competências de autocuidado exercidas por esses/as participantes.



METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa, tipo descritivo-exploratório¹³. Neste artigo apresentamos dados parciais de pesquisa¹⁴ previamente aprovada pelo Comitê de Ética de uma universidade pública (Parecer nº 1.052.260, CAAE:41717215.4.0000.5400), assim como pela Instituição participante.

Participantes

Os critérios de inclusão para o recrutamento dos/as participantes foram: possuir idade acima de 18 anos e ter vivenciado o diagnóstico da sífilis, o tratamento com benzilpenicilina benzatina e os exames de monitoramento até o parecer médico de cura da infecção, sendo excluídos aqueles com registro de depressão ou outros transtornos mentais ou a presença de coinfeção sífilis e HIV.

O recrutamento ocorreu em um serviço público especializado no diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Diante dos critérios observados nos registros de notificação compulsória para a Vigilância Epidemiológica, de prontuários e de frequência nos agendamentos de tratamento no referido serviço, 35 pessoas elegíveis foram convidadas por telefone para participação, tendo 9 delas aceitado (uma pessoa participou da entrevista piloto).

Foram participantes do estudo quatro homens e quatro mulheres com idades entre 18 e 51 anos, de raça/cor parda, branca ou preta, com escolaridade de Ensino Fundamental incompleto ao Ensino Superior completo, sendo a

maioria solteiro/a e de religião cristã. A renda média individual mensal foi de R\$ 1.500,00 reais (Ver Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição do perfil sociodemográfico dos/as participantes do estudo, 2016

	Sexo*	Idade	Cor	Escolaridade**	Estado Civil	Profissão	Renda ***	Religião ****
P1	M	51	Parda	Fundamental I	União estável	Pedreiro	1.497	Católico (N)
P2	M	24	Branca	Superior C	Solteiro	Oficial de Saúde	1.500	Ateu
P3	M	22	Branca	Médio C	Solteiro	Vigilante	1.400	Cristão (N)
P4	M	29	Parda	Superior I	Solteiro	Promotor de vendas	1.600	Evangélico (N)
P5	F	18	Preta	Médio C	Solteira	Balconista	788	Evangélica (N)
P6	F	30	Branca	Superior I	Solteira	Empresaria	1.500	Cristã (S)
P7	F	36	Parda	Médio C	Separada	Vendedora	1.000	Católica (N)
P8	F	32	Preta	Fundamental I	Solteira	Profissional do sexo	2.500	Católica (N)

Legenda: * M = masculino, F = feminino. ** I = Incompleto, C = Completo. *** Individual mensal em Reais. ****Praticante (S = sim, N = não).

Fonte: Elaboração própria com dados da pesquisa.



Procedimento de coleta e análise de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista que se iniciava com uma questão ampla: “Conte para mim sua história de vida amorosa e, em especial, a partir do momento em que ficou sabendo que tinha Sífilis, e descreva o que você fez para ser curado”. Conforme o andamento do diálogo e a pertinência, acrescentavam-se outras questões: Como foi para você fazer este tratamento? Você estava se relacionando com alguém? O que te levou a seguir as orientações dos profissionais, em todas as etapas, tendo esta atitude de se cuidar? Como foi saber que estava curado/a? etc.

As entrevistas foram agendadas em dia e horário mais convenientes aos/as participantes, e foram realizadas individualmente em um dos seguintes locais: na sala do serviço de saúde que frequentavam ou em uma sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Educação Sexual (Lasex) de uma universidade pública. A duração média das entrevistas foi de 34 minutos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior Análise de Conteúdo¹⁵, com a leitura flutuante e exaustiva dos relatos, identificação das unidades de registro e contexto e categorização dos conteúdos de maneira objetiva, pertinente, fidedigna e mutuamente exclusiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conteúdos identificados na análise dos relatos, incluindo sentimentos, percepções e ações, foram agrupados em duas categorias temáticas: “Atitudes

ante o tratamento da sífilis” e “Relacionamentos interpessoais durante o tratamento da sífilis”, cada uma com suas respectivas subcategorias.

Quadro 2 – Síntese das Categorias Temáticas sobre o tratamento da sífilis adquirida

Categorias Temáticas	Subcategorias
Atitudes ante o tratamento da sífilis	– Valorização de si e da própria saúde – Reavaliação da autopercepção de vulnerabilidade às ISTs – Dor e adesão à medicação – Incompreensão da cicatriz sorológica
Relacionamentos interpessoais durante o tratamento da sífilis	– Revelação do diagnóstico ao/a parceiro/a sexual – Desigualdade de gênero no tratamento do casal – Apoio social e o risco de discriminação

Fonte: Elaborado própria com os dados do estudo.

A seguir iremos descrever as categorias, apresentando alguns trechos de falas dos/as participantes que evidenciem o conteúdo identificado em caráter ilustrativo. O/a participante, autor/a da fala, será indicado/a, com garantia de anonimato, pela letra “P” seguida por um número referente à ordem na sequência de realização das entrevistas, do sexo (F = Feminino e M = Masculino) e idade.



Atitudes ante o tratamento da sífilis

Em nossa amostra o senso de responsabilidade diante do reconhecimento da necessidade do tratamento para evitar o adoecimento e a transmissão para outros, associado à *valorização de si e da própria saúde*, levou à expressão do autocuidado, colocado também como um hábito cultural.

Qualquer problema que eu tenha eu corro muito atrás da cura, e a saúde é uma coisa muito importante pra mim (P2, M, 24).

Eu quis cuidar por causa do, da minha saúde, por causa do meu filho, e também, ... pra não transmitir para outras pessoas (P3, M, 22).

Além desses valores pessoais, verificamos a atitude de flexibilidade para rever crenças e comportamentos. A experiência de infecção pela sífilis e do tratamento apareceu como um gatilho para *reavaliação da autopercepção de vulnerabilidade às ISTs* e o reconhecimento da necessidade de assumir atitudes preventivas, como a busca por informações, o uso do preservativo e a testagem diagnóstica, semelhante ao encontrado em outros estudos^{1,2}.

A adolescência foi destacada como uma fase de negação da possibilidade de infecção por IST, bem como foi apontada a revisão da crença de que toda pessoa com boa aparência não possui uma IST. A possibilidade de contágio em relações estáveis, contudo, continuou ignorada e as relações sexuais sem preservativo mantidas neste contexto.

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 (P5, F, 18).

Pela aparência a gente julga né, a gente fala, “ah, aquela pessoa é limpinha, é bonitinha, tal, num deve ter”. (P3, M, 22).

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 (P3, M, 22).

Neste sentido, dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira mostraram que a proporção de uso de preservativo nas relações estáveis é muito menor do que com parcerias eventuais e, em geral, a população brasileira considera-se pouco ou nada vulnerável à infecção pelo HIV¹⁶. Diante disso, defendemos que a educação preventiva deveria sensibilizar as pessoas para o caráter assintomático da sífilis e de outras ISTs, bem como para o fato de que nem todos estão isentos de IST ao iniciar um relacionamento e de que os pactos de fidelidade estão sujeitos ao descumprimento.

Quanto ao tratamento medicamentoso, receber as injeções foi acompanhado do sentimento de alívio por ser um passo em direção à cura. Apesar disso, foi quase unânime a queixa de dor pelas injeções de benzilpenicilina benzatina, corroborando outros estudos^{1,7,12}. Um único participante destacou a satisfação de ter recebido a aplicação do medicamento associado com anestésico.

Surpreendentemente, alguns/as participantes atribuíram significados adicionais à dor, que remetiam à punição ou penitência pelo sexo desprotegido, sugerindo a permanência no imaginário social da arcaica relação entre IST e imoralidade. O medo das injeções foi apontado como causa de abandono terapêutico, gerando a necessidade de reiniciar o esquema de doses.

Benzetacil, ela dói, mas só o fato de na hora perceber que ou é aquilo ou nada, torna-se até um alívio (P4, M, 29).

Morro de medo dessa injeção [...] 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 (P7, F, 36).

A injeção dói (risos), dói muito, então, e aí depois não conseguia me mexer direto, aquela coisa de ficar dolorido, sentindo, você tá sentindo na carne, você tá sentindo na pele a consequência das suas atitudes (P6, F, 30).

Dói a injeção? Dói. Mas a dor da alma doi mais; a injeção dói porque você fica se culpando [...] por que você não se cuidou? (P8, F, 32).

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 (P3, M, 22).

Assim, as relações entre a *dor das injeções e a adesão à medicação* mostraram-se aspectos centrais para a assistência e, nesse sentido, a padronização da prescrição do medicamento, associado ao anestésico, é crucial para amenizar o sofrimento físico e emocional dessas pessoas e facilitar sua adesão ao tratamento^{13,17,18}.



Apesar do alívio e felicidade por saber-se curado/a, mesmo após a alta médica, foi frequente o medo da persistência e reativação da infecção, assim como o medo de ser transmissor da sífilis via sexual ou vertical.

Fiquei feliz, assim, pelo diagnóstico [de cura], mas eu vou ser sincera, eu tô orando pra negativar (P6, F, 30).

Eu morro medo de ter, aí de voltar de novo. Porque ela [médica] falou que é uma coisa que pode voltar, né, não é uma coisa, assim, falar: nossa, tá curada. [...] 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 (P7, F, 36).

Apesar de os/as participantes, após o diagnóstico, terem adquirido muitos conhecimentos sobre a sífilis junto aos profissionais de saúde e por leituras, um ponto crítico foi a *incompreensão sobre a cicatriz sorológica*, e essa questão é preocupante, pois pode ocasionar uma desnecessária dilatação do sofrimento em pessoas curadas, como se tivessem convivendo com uma infecção latente, ou seja, uma condição irresoluta que impõe vigilância contínua. Não encontramos achados semelhantes na literatura.

A cicatriz sorológica é um termo técnico que indica a persistência de resultado reagente no teste não treponêmico em pessoa curada que realizou tratamento adequado, teve resultados de exames com queda quantitativa na titulação em, ao menos, duas diluições, sem apresentar sinais clínicos tampouco história de risco de reexposição⁴. Boas práticas de comunicação profissional-paciente devem assegurar que o significado dos resultados de exames sejam bem-compreendidos pelos/as usuários/as, ou seja, em casos de cicatriz sorológica vale a pena reafirmar a cura da infecção e a impossibilidade de transmissão.

Em síntese, vimos que aspectos subjetivos motivadores da adesão ao tratamento foram: a autoestima, atitudes de valorização da saúde, flexibilidade em rever crenças e práticas na prevenção de IST e a determinação em prosseguir o tratamento mesmo diante de condições desagradáveis. A dor física e o sofrimento psíquico durante o tratamento, assim como o receio da latência da infecção após a cura, foram desafios enfrentados pelos/as participantes.

Relacionamentos interpessoais durante o tratamento da sífilis

Entre aqueles/as em relação estável durante o tratamento, observamos que, enquanto alguns/as relataram atitudes aparentemente desembaraçadas e objetivas na *revelação do diagnóstico ao/a parceiro/a sexual*, outros demonstraram maior dificuldade, com vergonha, medo da rejeição, raiva e presença de conflitos e troca de acusações em torno de quem teria sido o transmissor. As reações emocionais imediatas do/a parceiro/a também variaram: aceitação, mágoa ou tensão.

Outros estudos também mostraram que o momento da revelação diagnóstica pode ser difícil e permeado de conflitos^{1,2}. O que diferiu, notavelmente, em nossa amostra, foi o fato de que todos/as os/as participantes revelaram o diagnóstico às/aos parceiras/os e informaram sobre a necessidade do tratamento, independentemente do desfecho para a relação do casal.



Liguei pro meu namorado e falei assim: “olha, o negócio é o seguinte, deu uma alteração nos meus exame”. Ele falou: “O que que você fez?” Como se eu fosse a culpada... Eu falei: “deu Sífilis, e a agente precisa se cuidar, com o tratamento, é com a Benzetacil” (P8, F, 32).

Eu briguei com ele, né, porque eu não achei certo (...) Falei pra ele: Se eu pego uma Aids, como que eu fico?” Falei: “Você não pensou ni mim? (...) “agora você tem que se cuidar, falei; ó vai lá, em tal lugar, faz o exame, vê lá, toma as injeção e cabô, só que entre nós cabô, acabou tudo” (P7, F, 36).

As habilidades para o diálogo e para lidar com as reações do/a parceiro/a, assim como com as consequências dessa revelação para a relação, parecem depender de características individuais e também das características da relação preexistente. A presença de respeito mútuo, da comunicação eficaz incorporada no cotidiano, em relações democráticas e transparentes, confere harmonia e maior chance de estreitamento diante de situações adversas.

O sentimento de confiança também alterou-se, a depender da experiência do casal, ora sendo enfraquecido, ora fortalecido, e, neste último caso, a transparência e o enfrentamento conjuntos trouxeram ganhos para o relacionamento.

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 (P5, F, 18).

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 (P4, M, 29).

O tratamento do/a parceiro/a, ex parceiro/a ou suposto transmissor variou nos relacionamentos. Em alguns relatos, ambos aderiram ao tratamento conjuntamente, incluindo as aplicações das injeções, os exames de monitoramento e o uso de preservativo para evitar reinfecção. Em outros, o/a parceiro/a havia recebido as injeções e abandonado o seguimento de controle e, nos casos mais críticos, não houve preocupação nem adesão ao tratamento pelos parceiros.

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 (P3, M, 22).

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 (P7, F, 36).

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: “aí eu vou mor, eu vou, uma hora eu vou”, e até hoje nesse vou tá até hoje (P5, F, 18).

Observamos que os homens obtiveram mais sucesso na negociação com as parceiras para adoção conjunta das medidas de tratamento, enquanto



as mulheres depararam-se com resistências e recusas dos parceiros, possíveis reflexos da *desigualdade de gênero no tratamento do casal*. Este resultado corrobora os de outros estudos^{1,2,5,7,12}, mostrando que, infelizmente, a desigualdade de poder nas relações entre mulheres e homens perdura e segue prejudicando a vida e a saúde sexual das mulheres.

A educação integral em sexualidade, ao possibilitar percepções e reflexões sobre relacionamentos, valores, direitos, padrões sociais e culturais, proporciona o desenvolvimento de competências de comunicação, tomadas de decisão e engajamento em relacionamentos respeitosos¹⁹, e, nessa direção, caso fosse amplamente oferecida, cremos que as pessoas diagnosticadas teriam mais recursos para buscar ajuda e para enfrentar a condição.

São comuns os casos de reinfecção pela sífilis quando o preservativo não é utilizado,^{5,20} exigindo que um novo tratamento seja reiniciado. Em geral, os/as participantes e seus/suas parceiros/as não gostavam de usar preservativo e não estavam habituados, tendo sido um desafio adaptar-se ao uso, o que conseguiram motivados pela expectativa da cura e pelo receio de transmissão, reinfecção ou contágio por outra IST/HIV.

Ela num queria usar camisinha. Eu falei: “não, nós vamos usar, porque nós não tá curado, a hora que nós tiver 100% aí nós pode” (P1, 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 (...); 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, pensamos mais no nosso filho que tava pra vim (P3, M, 22).

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” (P7, F, 36).

Salienta-se a importância do suporte emocional recebido de familiares, de profissionais de saúde e de líderes religiosos durante o tratamento. Em sentido oposto, foi apontado o constrangimento e o medo de serem julgados/as e estigmatizados/as por conhecidos(as), amigos(as) e familiares, preferindo manter o sigilo sobre o diagnóstico e o tratamento realizado, como também apontado em outros estudos^{1,2}, e isso, por vezes, tornou aflitivo o momento de comparecimento para os atendimentos do 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, aí teve os profissionais aqui do [serviço de saúde] sempre falavam pra mim: “fica calma, vai dar tudo certo” (P5, F, 18).

Tudo eu fiz sozinha, eu fui tomar a injeção sozinha, fui pro médico sozinha, fui fazer os exames sozinha, então eu num tive a ajuda de ninguém (...). Eu fui discriminada no serviço [empresa/local de trabalho], até coloquei o serviço na justiça (P7, F, 36).



Neste contexto, a confidencialidade das equipes de saúde – incluindo a ocupacional – e outras práticas norteadas pela *Clínica Ampliada*, podem auxiliar no vínculo, apoio emocional e, logo, na adesão ao tratamento. Embora a sífilis seja curável, a experiência momentânea de sofrimento psíquico e de dificuldades nas relações sociais pelo medo da discriminação e da estigmatização, assemelharam-se às de pessoas com doenças crônicas transmissíveis (como o HIV, Hepatites B ou C, Tuberculose ou Hanseníase), para as quais o suporte social de familiares e de equipes de saúde, bem como as práticas espirituais, são relevantes no enfrentamento do tratamento e na reconstrução de novos modos e projetos de vida²¹.

Em resumo, verificamos que, para os participantes envolvidos/as em relacionamentos afetivos sexuais durante o tratamento da sífilis, o primeiro passo foi revelar o diagnóstico recebido e lidar com a reação do/a parceiro/a e com as repercussões para o relacionamento, cujos desfechos variaram. Mediante o diagnóstico de sífilis do/a parceiro/a, nem todos aderiram ao tratamento conjuntamente e os homens tiveram mais poder de decisão e receberam mais apoio das parceiras. Outra negociação referiu-se ao uso do preservativo pelo casal durante o tratamento. Por fim, os /as participantes destacaram também a relevância do suporte familiar e social nesta fase e o sofrimento decorrido do risco ou da efetiva discriminação pelo diagnóstico da sífilis.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os/as participantes enfrentaram como desafios a dor física e o sofrimento psíquico relacionado a motivos diversos: culpa pela infecção, medo da persistência da infecção após o tratamento, constrangimento e medo do preconceito, sofrer discriminação, conflitos com parceiras/os sexuais, ausência de apoio social. A desigualdade de gênero também repercutiu em empecilhos para a adesão de parceiros à testagem, ao tratamento e ao uso do preservativo.

Destacamos algumas competências de autocuidado dos/as participantes durante o tratamento da sífilis: valorizar a si e aos outros, revisar crenças e resignificar o que seriam as práticas sexuais seguras, 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 e experimentar novos hábitos, como adaptar-se ao uso do preservativo.

Embora nossos resultados não sejam generalizáveis para todas as pessoas em tratamento da sífilis, pela própria natureza do estudo, pelo tamanho reduzido e pelas especificidades da amostra, ainda assim nos permitiram compreender em profundidade aspectos psicossociais de experiências que podem ser frequentes entre os/as usuários/as na prática clínica. Contribuíram, igualmente, para o corpo de conhecimentos voltados às subjetividades na atenção às pessoas com sífilis e outras ISTs, preenchendo, inclusive, uma lacuna, posto que os estudos qualitativos na área costumam ter amostras restritas às gestantes, puérperas e/ou seus parceiros.

Nossos resultados sugerem importantes estratégias assistenciais facilitadoras da adesão ao tratamento da sífilis, como: 1) a aplicação da

benzilpenicilina com anestésico para a redução da dor das injeções, dissociando tais aplicações do sentimento de punição; 2) esclarecer sobre o significado da cicatriz sorológica, aliviando preocupações infundadas de pessoas curadas sobre uma futura reativação da infecção; 3) garantir uma postura profissional de ausência de julgamentos, de privacidade e sigilo, assim como serviços de saúde acolhedores e seguros contra o risco de discriminação social pela IST; e 4) oferecer auxílio no caso de dificuldades de comunicação com parceiros/as sexuais sobre o diagnóstico da sífilis e a necessidade do tratamento conjunto, de modo especial para mulheres que enfrentam a desigualdade de gênero nas suas relações amorosas.

Outros estudos podem investigar e elucidar a experiência de pessoas em tratamento da sífilis adquirida, analisando variáveis como gênero, classe social, raça/etnia, idade, orientação e identidade sexual e suas relações com a discriminação percebida, a culpabilização, os modos de enfrentamento e o apoio social, assim como explorar intervenções educativas e assistenciais favorecedoras da adesão ao tratamento e seus resultados.

REFERÊNCIAS

- ¹ Cavalcante AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, Netto JJM, Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2012;24(4):239-245.
- ² Costa NCCS. Análise da representação social do processo saúde-doença da sífilis adquirida em mulheres em idade fértil [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus; 2018. 71 p.
- ³ Navega DA, Maia ACB. Conhecer (e) saber: relatos de pessoas curadas da sífilis. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018;31(2):1-9.
- ⁴ Brasil. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. p. 57-89.
- ⁵ Campos ALA, Araújo MAL, De Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(9):397-402.
- ⁶ De Aguiar LC, Da Silva GB, Dos Santos JA, Lima CBM, Meneses MO, Machado MGS, De Albuquerque, KLB. Sífilis materna: análise de evidências referentes à falha no tratamento de gestantes. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;87(25).
- ⁷ De Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira, DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene.* 2015;16(3):345-354.
- ⁸ Ferreira JD, Coelho ASF, Guimarães JV, De Lima, MRG, De Souza MC, Pereira LTS, De Paula KR. Sífilis gestacional: fatores associados, comportamento de risco e repercussões neonatais. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;87 (suppl).
- ⁹ Rocha, AFB, Araújo MAL, Miranda AE, De Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. *BMC Health Services Research.* 2019;19(1):1-9.
- ¹⁰ Rosa RFN, Araújo AS, Silva ADB, Silva AK, Martins JVM, Alves JM, Santos LTDO. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. *Rev Enferm Ufpe on-line.* 2020;14.
- ¹¹ Tebet DGM, Gigante VCG, Bezerra, WSP, Brandão, JH, Grenze, ML, Paniago, AMM, Moraes, SHM, Oliveira, SMVL, Barreto JOM. Percepções sobre o tratamento de homens



com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas. Boletim do Instituto de Saúde. 2019;20(2):96-104.

- ¹² Nakku-Joloba E, Kiguli J, Kayemba CN, Twimukye A, Mbzira JK, Parkes-Ratanshi R, Birungi M, Kyenya J, Byamugisha J, Gaydos C, Manabe YC. Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. *BMC Infectious Diseases*. 2019;19(124).
- ¹³ Bortolozzi, AC. Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa: elaboração, aplicação e análise de conteúdo – Manual didático. São Carlos: Pedro & João Editores; 2020. 52 p.
- ¹⁴ Navega, DAN. Sexualidade e sífilis adquirida: relatos de pessoas que realizaram o tratamento [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras; 2016. 132 f.
- ¹⁵ Bardin L. Análise de conteúdo (ed. revista e atualizada). Lisboa: Edições 70; 2016. 279 p.
- ¹⁶ Brasil. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, Série G. Estatística e Informação em Saúde; 2016. 166 p.
- ¹⁷ Madeira, G, Mocumbi, AO, Mayosi BM. Advice to health professionals: Use of lignocaine as a diluent to reduce the pain associated with the administration of benzathine penicillin G. *S. Afric Med J*. 2016;106(8):742-742.
- ¹⁸ Estrada V, Santiago E, Cabezas I, Cotano, JL, Carrió JC, Fuentes-Ferrer M, Ayerdi O, Rodriguez C, López L, Cabello N, Nunez MJ, Puerta T, Sagastagoitia I, Romero JD. Tolerability of IM penicillin G benzathine diluted or not with local anesthetics, or different gauge needles for syphilis treatment: a randomized clinical trial. *BMC Infectious Diseases*. 2019;19(883).
- ¹⁹ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências. 2. ed. Revisada; 2019. 149 p.
- ²⁰ Almeida VC, Donalisio MR, Cordeiro R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. *Rev Saúde Pública*. 2017;51.
- ²¹ De Oliveira CBB, De Lima MCRAD, Faria MF, Ravanholi GM, Lopes LM, De Souza KMJ, Monroe AA. Experiências de adoecimento por condições crônicas transmissíveis: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2017;26:510-520.



**Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde está
sob Licença Creative Commons CC - By 4.0**