

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais

Sandra Duarte Nobre Mauch

Brasília – DF,

2011

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais

Sandra Duarte Nobre Mauch

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Maria de Oliveira Almeida

Brasília – DF,
Março de 2011

O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada pela banca examinadora constituída por:



Prof.^a. Angela Maria de Oliveira Almeida, Dr.^a. (Presidente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

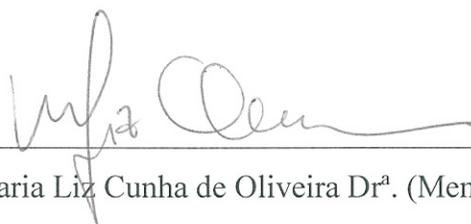
Universidade de Brasília



Prof.^a. Ana Lucia Galinkin Dr.^a. (Membro)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Universidade de Brasília



Prof.^a. Maria Liz Cunha de Oliveira Dr.^a. (Membro Externo)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Católica de Brasília

Prof.^a. Maria de Fátima Souza Santos Dr.^a. (Membro Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Universidade Federal de Pernambuco

“Tudo tem seu tempo determinado,
E há tempo para todo propósito debaixo do céu.
Há tempo de nascer, e tempo de morrer;
Tempo de plantar, e tempo de colher o que se plantou”.

Eclesiastes 3: 1 e 2

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem dedico toda a minha vida e que me sustentou neste período;
De forma muito especial, à Angela Almeida, minha Grande Mestre que me concedeu a honra de me aceitar como sua orientanda e com toda paciência e compreensão esteve ao meu lado durante este período me ensinando e me apoiando inclusive nos momentos difíceis e para muito além deste trabalho;

Às minhas filhas, Ester e Ana Gabriela, pela compreensão em minhas ausências e pelo apoio;

À Olga, minha mãe, minha grande amiga, que me aconselha, que me dá forças em todos os momentos;

Ao meu pai Firmino, meus irmãos Márcia, Rodrigo, Rodolfo, Paulo e Daniel e sobrinhas Anna Carolina, Clara, Olga e Lívia pela compreensão e apoio quando preciso;

Aos colegas da Secretaria de Saúde que trabalhavam em Santa Maria no período das Campanhas de Controle da Sífilis e da pesquisa, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que atuaram como entrevistadores e também ao Jaime Miranda, Mhartha de Figueiredo, Cristina Ayako, gestores no período;

Aos Mestres que me guiaram com suas inestimáveis contribuições ao longo desta jornada, Ana Lucia Galinkin, Cláudio Torres, Fábio Iglesias, Hartmut Günther, Iône Vasquez, Ronaldo Pilati;

Às Professoras, membros da Banca Examinadora, Professora Liz Cunha que me orientou na fase preliminar deste trabalho, Professora Ana Lucia que me introduziu nos estudos de gênero, e Professora Fatima Santos que aceitou prontamente fazer parte desta Banca, apesar da distância;

Aos colegas do LAPSIS, Alexandre Galvão, Danielle Coenga, Felipe Rosa, Flavia Furtado, Ivina Paiva, Juana Berta, Juliana Pacheco, Geralda Resende, Karina Vasconcelos, Luíza Monica e Talita Leão que me apoiaram neste trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Figuras	x
Resumo	xi
Abstract	xiii
Introdução	15
1- O Cuidado	20
1.1- O cuidado em saúde	25
1.2- Masculinidades	31
1.3 - Masculinidades & saúde	38
1.4 - Políticas de saúde voltadas para a saúde sexual do homem	44
2- A Sífilis	48
2.1- Um pouco da história	48
2.2- A doença	52
2.3- A sífilis como doença sexual no contexto das relações grupais	55
2.4 - A sífilis como problema atual de saúde pública	62
3- A Teoria das Representações Sociais	66
3.1- A Grande Teoria	66
3.2- O fenômeno de representação social	70
3.3- A Estrutura das Representações Sociais	74
4- Representações Sociais, Masculinidade e Saúde: uma tentativa de articulação	78
5- A Pesquisa Empírica	88
Estudo 1 – O que os homens sabem sobre a sífilis?	96
Participantes	96
Instrumento	100

Procedimentos de Coleta	101
Procedimentos de Análise	102
Estudo 2 – As Representações Sociais da Sífilis	104
Participantes	104
Instrumento	106
Procedimentos de Coleta	108
Procedimentos de Análise	108
Resultados	112
1- Eixo Informacional	112
1.1- A natureza das informações	115
1.2- O grau de informação	124
1.3- As fontes de informação	131
2- Eixo Representacional	135
2.1- O conteúdo das representações	137
2.2- A estrutura das representações	143
2.3- Análise das Palavras Principais	147
Buscando uma articulação entre os Eixos Informacional e Representacional	150
Conclusões	155
Referências	159
Anexo I –“Experiências Bem-Sucedidas de Controle da Sífilis Congênita”	167
Anexo II – Cópia de artigo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia	168
Anexo III –Termo de consentimento Livre e Esclarecido	169
Anexo IV - Instrumento de coleta de dados utilizado no Estudo 1	170
Anexo V - Instrumento de coleta de dados utilizado no Estudo 2	171

Lista de Tabelas

Tabela 1- Expectativa de vida ao nascer por sexo em diversos países	41
Tabela 2- Série Histórica de expectativa de vida ao nascer por sexo, de 1850 a 1989, em Massachusetts, Estados Unidos.....	41
Tabela 3- Série histórica de mortalidade infantil- 0 a 1 ano – por sexo nos Estados Unidos, no período de 1940 a 1989.....	42
Tabela 4- Levantamento bibliográfico no SCIELO Brasil, de 1990 a 2010, por área do conhecimento.....	82
Tabela 5- Artigos de pesquisa em representações sociais & saúde/ doença selecionados, por objeto, sujeito e métodos.....	85
Tabela 6- Artigos selecionados, por autoria e resultados.....	86
Tabela 7- Evolução dos casos de sífilis congênita em Santa Maria- DF, no período de 2001 a 2006	91
Tabela 8- Categorias/ termos utilizados pelos entrevistados relativos ao que sabem sobre a sífilis	116
Tabela 9- Categorias/ termos utilizados referentes às formas de manifestação da sífilis	119
Tabela 10- Categorias/ termos referentes às formas de prevenção	121
Tabela 11 Termos considerados por grau de informação a respeito da sífilis	125
Tabela 12- Frequência de sujeitos nos diversos graus de informação por grupo etário, escolaridade e estado civil	130
Tabela 13- Resultados da aplicação do Teste Qui-quadrado por etário, escolaridade e estado civil	130
Tabela 14- Frequência de fontes de informação sobre a sífilis	132

Tabela 15- Frequência das respostas sobre as fontes de informação por grupo etário e escolaridade	134
Tabela 16- Elementos de representação da sífilis evocados pelos homens em função da frequência e ordem de evocação	144
Tabela 17- Elementos principais referidos pelos sujeitos	147

Lista de Figuras

Figura 1- Fatores de influência na mortalidade masculina precoce	39
Figura 2- Foto da Campanha de controle da sífilis em novembro de 2004	91
Figura 3- Série histórica da sífilis congênita no Distrito Federal e em Santa Maria, no período de 2001 a 2007.....	92
Figura 4- Distribuição dos sujeitos em função da faixa etária, em percentual	98
Figura 5- Distribuição dos sujeitos em função da escolaridade, em percentual	99
Figura 6- Distribuição dos sujeitos em função do estado civil, em percentual	99
Figura 7- Distribuição dos sujeitos em função da faixa etária, em percentual	105
Figura 8- Distribuição dos sujeitos em função da escolaridade, em percentual	105
Figura 9- Distribuição dos sujeitos em função do estado civil, em percentual	106
Figura 10- Quadro geral para processamento no ALCESTE	110
Figura 11- Apresentação dos resultados processados pelo EVOC	111
Figura 12- Percentual das categorias formadas para “o que sabem sobre a sífilis”	116
Figura 13- Percentual das categorias formadas para “formas de manifestação da sífilis”120	
Figura 14- Percentual das categorias formadas para “formas de prevenção da sífilis”..	122
Figura 15- Percentual das categorias formadas para os critérios estabelecidos para o grau de informação sobre a sífilis	127
Figura 16- Estrutura do corpus textual elaborado pelos sujeitos sobre a sífilis	138

RESUMO

Foi objeto desta pesquisa, estudar a sífilis no pensamento social dos homens, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. O objetivo era conhecer as representações sociais da sífilis no universo masculino. Para viabilizar a pesquisa foram realizados dois estudos empíricos. No primeiro: “O que os homens pensam sobre a sífilis?” foram realizadas entrevistas estruturadas com 720 homens para verificar se eles tinham informações sobre a sífilis. Realizou-se análises estatísticas descritivas, análise de conteúdo clássica e aplicou-se o teste Qui-Quadrado com apoio do *software* SPSS para análise dos dados. No segundo: “As Representações Sociais da Sífilis”, aplicou-se um instrumento de evocação a partir do termo indutor *sífilis* a 265 homens, utilizando-se a técnica de associação livre. Realizou-se análises estatísticas descritivas, análise lexical do conteúdo das representações sociais com apoio do *software* ALCESTE, análise da estrutura das representações sociais com apoio do *software* EVOC e aplicou-se o teste de centralidade dos elementos de representação a partir da queda de frequência das palavras consideradas principais pelos entrevistados. Para análise dos resultados, foram estabelecidos dois eixos de análise: o Eixo Informacional e o Eixo Representacional. No Eixo Informacional encontrou-se que os homens tinham como principais informações que a sífilis era uma doença de caráter sexual, cuja forma de prevenção era o uso de preservativos. Avaliou-se o grau de informação dos sujeitos, encontrando-se que 80,4% destes homens tinham ao menos algum nível de informação sobre a sífilis. Quanto às fontes de informação, encontrou-se que 52% dos entrevistados obtiveram as informações sobre a sífilis por meio da categoria educação e 34,5% pelos meios de comunicação. No Eixo Representacional, encontrou-se na análise lexical duas grandes matrizes de sentido,

denominadas A Doença e A Doença Sexual. Na matriz A Doença aparece a fala de homens mais jovens e mais escolarizados, uma fala mais próxima do que é divulgado pelo meio científico, que se traduziu na prevenção e tratamento da doença. A matriz A Doença Sexual traz uma fala permeada de credices e superstições, ligando a doença a práticas sexuais consideradas impuras, sendo mais própria de homens adultos e menos escolarizados. Na estrutura das representações sociais apareceram como elementos centrais DST, sexual, tratamento, preservativo, prevenção, sangue e perigosa. Constatou-se, da mesma forma que no Eixo Informacional, a visão da sífilis como doença de caráter sexual. Entende-se que há contradições presentes nestas representações sociais, as quais as comportam plenamente. Tais contradições se referem à presença de elementos mais recentes como tratamento, prevenção e preservativos, convivendo com elementos mais arcaicos como sangue e perigosa. Conclui-se que as representações sociais da sífilis parecem estar passando por um processo de transformação, influenciado por fenômenos sociais densos como aqueles que resultam do Movimento Feminista, da Reforma Sanitária, do aparecimento da aids e da ampliação do acesso à educação em especial para a população mais jovem.

Palavras-chave: representação social; sífilis; masculinidade.

ABSTRACT

The object of this research was to study the social thought of syphilis in men, with the theoretical framework of the Social Representation Theory. The objective was to identify the social representations of syphilis in the male universe. To make viable the research were performed two empirical studies. At first, "What do men think about syphilis?" structured interviews were conducted with 720 men to check if they had information about syphilis. Descriptive statistical analyzes were conducted, classical content analysis, and the chi-square test was applied with SPSS software support for data analysis. In the second, "The Social Representations of Syphilis", it was applied an instrument of evocation from the inductive term syphilis to 265 men, using the technique of free association. It was carried out descriptive statistical analyzes and lexical analysis of the social representations content with the software ALCESTE support, analysis of the social representations structure with the software EVOC support, and it was applied the test of the centrality of representation elements from the decrease frequency of the main words considered by the interviewees. To analyze the results, two lines of analysis were established: the informational axis and the representational axis. On Informational axis was found that the men had as main information that syphilis was a disease of a sexual nature, and the form of prevention was the use of condoms. It was evaluated the subjects' degree of information, finding that 80.4% of men had at least some level of information about syphilis. Considering the sources of information, it was found that 52% of interviewees obtained information about syphilis through the education category and 34.5% through the media. On representational axis, it was found in lexical analysis two major matrixes of significance, called The Disease and The sexual disease. On matrix The Disease comes the speak of younger and more educated men, a closer speech than is disclosed by the scientific community, which resulted in the prevention and treatment of the disease. The matrix The Sexual Disease brings a speech permeated by superstitions and beliefs, linking the disease to sexual practices considered impure, and this speak is more typical of adult men and less educated. In the structure of social representations appeared as central elements: STDs, sex, treatment, condom, prevention, blood and dangerous. The vision of syphilis as a disease of sexual character was certified, just as on informational axis. It is understood that there is a presence of contradictions in these social representations, which include them fully. These contradictions are related to the presence of

more recent elements such as treatment, prevention and condoms, living with more archaic elements as blood and dangerous. It can be concluded that the social representations of syphilis seem to be undergoing a transformation process, influenced by dense social phenomena as those that result from the Feminist Movement, Health Reform, the onset of AIDS and increasing access to education, especially for younger population.

Key words: social representation; syphilis; masculinity.

INTRODUÇÃO

Desde sua descoberta, no final do século XV, até os nossos dias, a sífilis tem desafiado a humanidade. Durante séculos após sua descoberta, ela foi vista pelos médicos como uma doença banal, provavelmente por desconhecimento de suas possíveis manifestações clínicas e por se tratar de uma enfermidade com curso entrecortado – picos de agudização e longos períodos de latência, o que dificultava seu diagnóstico. Doenças como a peste, a tuberculose, a hanseníase e o cólera eram focadas de forma muito mais intensa pelos médicos e pela comunidade de forma geral (Carrara, 1996; Richards, 1993).

A partir do final do século XIX, porém, a sífilis passou a ser vista, no meio científico e no senso comum, como o “**perigo venéreo**”; uma doença ligada às práticas sexuais consideradas impuras, cuja gravidade ia além de suas severas manifestações clínicas e para as quais ainda não se dispunha de um tratamento efetivo, retratando a “**impureza**” presente na sociedade (Carrara, 1996).

A terapêutica mais eficaz e definitiva até o momento para a sífilis, no entanto, foi estabelecida com a descoberta da penicilina e sua utilização em seres humanos em meados do século XX. Apesar disto, ainda há um controle insuficiente da sífilis, que retrata sua complexidade não na perspectiva biológica, mas social, tanto no que diz respeito às práticas dos profissionais de saúde quanto entre as pessoas comuns (Carrara, 1996; Matida & Gianna, 2008).

Atualmente, porém, a sífilis ressurgiu no meio científico e no senso comum, após um período de latência devido à descoberta de sua cura. No entanto, a doença se mostra desvalorizada, esquecida, e até mesmo ofuscada com o aparecimento da aids. A sífilis, desta forma, passa a ser rotulada como “**doença persistente**”, em oposição à aids – “**doença**

emergente” -, sendo ainda classificada como problema de saúde pública, em especial na sua forma congênita, quando, teoricamente, ela já poderia ter sido erradicada (Ramos Jr., Matida, Saraceni, Veras & Pontes, 2007; Rodrigues, Guimarães & César, 2008; Walker & Walker, 2007).

A sífilis, desde a descoberta da penicilina, é considerada uma doença passível de prevenção, como qualquer infecção sexualmente transmissível. No momento, o tratamento utilizado é eficaz, de baixo custo e disponível na rede pública de saúde brasileira. Entretanto, os índices da doença ainda continuam elevados. No Brasil e em grande parte do mundo, de forma geral, a transmissão vertical da aids (transmissão que ocorre da mãe para o filho, durante a gestação ou no momento do parto e resulta na forma congênita da doença), tem sido reduzida, porém o mesmo não tem ocorrido com a transmissão vertical da sífilis (transmissão que ocorre da mãe para o filho, durante a gestação e resulta na sífilis congênita), embora as duas doenças possuam formas de contágio semelhantes (Paz, Pereira, Matida, Saraceni & Ramos Jr., 2005).

A sífilis congênita, hoje, representa um evento-sentinela em saúde, ou seja, deve desencadear todos os procedimentos para vigilância e tratamento da doença, tanto no doente, quanto nos seus contatos. A ocorrência de apenas um caso de sífilis congênita, para a área de saúde pública, reflete falhas na prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e na assistência ao pré-natal (Brasil, 2006; Ramos Jr. e cols., 2007).

Em relação ao conhecimento médico atual, sobre diagnóstico e tratamento, observa-se nas publicações científicas, que a sífilis já atingiu um alto grau de resolubilidade. Percebe-se, porém, uma lacuna entre o conhecimento e a prática, que se contrapõe às metas mundiais e ministeriais de controle da doença. Na prática, em grande parte dos serviços, a solicitação de exames para diagnóstico de sífilis, apesar de prescrita em protocolos de atendimento, nem

sempre se constitui em rotina até mesmo na assistência ao pré-natal (Ramos Jr. e cols., 2007; Rodrigues, Guimarães & César, 2008).

O controle da sífilis, tendo em vista o peso moral que esse tipo de doença traz consigo – doenças vinculadas a práticas sexuais, consideradas como punição ao pecado desde o seu reconhecimento - inclui mudanças nos hábitos de vida das pessoas, especificamente no comportamento relacionado à sexualidade. Tais mudanças não dizem respeito apenas a comportamentos individuais, mas à coletividade (Madureira & Trentini, 2008; Richards, 1993).

A colaboração trazida pelas ciências sociais para o conhecimento dos fenômenos saúde/doença aponta para o fato de que diferentes grupos sociais apresentam concepções diversas relativas à etiologia das doenças, as quais, em geral, respondem a uma lógica diferente do conhecimento médico de determinado momento. As pessoas, para interpretar fenômenos corporais se apóiam em noções, símbolos e esquemas de referência interiorizados, que variam de um grupo social para outro e de acordo com sua inserção em um dado grupo (Cardoso & Gomes, 2000).

A abordagem dos fenômenos estudados no campo da saúde, em uma perspectiva cultural, possibilita, de acordo com Jodelet (2006), romper barreiras disciplinares, autorizando a colaboração entre a psicologia e as ciências sociais e contribuindo substancialmente para a análise dos problemas relacionados ao processo saúde/doença. Apenas uma abordagem multidimensional nos permite acessar a complexidade dos fenômenos que ocorrem na relação entre a saúde e a diversidade de experiência dos indivíduos, bem como sua participação em seu próprio cuidado. A cultura e a história, portanto, devem ser integradas a esta abordagem, de forma a permitir a preservação da subjetividade e do fenômeno psicológico (Jodelet, 2006).

Os estudos em representações sociais fazem parte das teorias da Psicologia Social que têm se preocupado com o comportamento em saúde, trazendo uma abordagem psicossocial na interpretação dos fenômenos sociais relacionados ao processo saúde/ doença, além de se inserirem, com contribuições valiosas, em outras áreas do conhecimento como a História, Educação, Antropologia, Serviço Social, Geografia, Comunicação e Meio Ambiente (Almeida, 2009).

Tais estudos, na área de saúde, desenvolvem-se a partir do novo paradigma que traz em seu bojo o conceito ampliado de saúde, ou seja, a sua compreensão a partir de um modelo biopsicossocial. Eles examinam representações e práticas sociais capazes de influenciar no processo saúde/doença, indo além do modelo biológico, o qual se impôs como hegemônico, a partir do final do século XIX, com as grandes descobertas científicas. Tal modelo tem se mostrado, todavia, incapaz de explicar diversas variáveis não-biológicas e até mesmo biológicas - as quais muitas vezes sofrem influência de fatores capazes de mudar *a história natural da doença* -, presentes nesse complexo processo (Jodelet, 2001; Kerbaudy, 2002).

Segundo Almeida (2005b), as representações sociais podem ser entendidas como uma forma de conhecimento social que possui orientação prática e permite que o indivíduo possa se situar no mundo e, portanto, dominá-lo. As representações sociais são prescritivas de comportamento ou do que pode ser chamado de “**práticas obrigatórias**”, uma vez que elas definem o que é aceitável em determinado contexto social. Tal compreensão é de fundamental importância para a área de saúde, em especial no controle de doenças e agravos.

É possível que, no que se refere à sífilis, estejamos diante de um fenômeno social, em torno do qual circulam idéias, opiniões e crenças culturalmente sustentadas e historicamente marcadas por diferenças visíveis no que tange à saúde sexual masculina e feminina. Sendo assim, o estudo em representações sociais pode contribuir efetivamente para

a compreensão desse fenômeno (Ramos Jr. e cols., 2007; Rodrigues, Guimarães & César, 2008).

O presente estudo se propõe, desta forma, estudar a sífilis a partir de uma abordagem que considere os fenômenos sociais relacionados à doença, com ênfase no pensamento social masculino, considerando, de forma especial, aspectos sócio-históricos relevantes nos processos abordados, como a masculinidade, a sexualidade e até mesmo a forma de se compreender e lidar com a sífilis ao longo de séculos, desde sua descoberta.

Na busca de se entender a complexidade dos fenômenos envolvidos com o controle da sífilis, em especial entre os homens será abordado no primeiro capítulo o **cuidado**, na perspectiva do cuidado em saúde do homem, de forma geral. Como as masculinidades podem influenciar no cuidado masculino e, a criação recente da área técnica de atenção à saúde do homem, também farão parte desta abordagem.

No segundo capítulo nos preocuparemos com a **sífilis**, trazendo um pouco de sua longa história na humanidade, além de falar sobre a doença propriamente dita, considerada como um problema de saúde pública, e da relação entre a sífilis e a sexualidade.

A **Teoria das Representações Sociais**, referencial teórico do qual parte o presente estudo, será abordada no terceiro capítulo, o qual traz um pouco da Teoria e fala do fenômeno de representação social e da estrutura destas representações. Nesta perspectiva, a sífilis será estudada, considerando-se que não foram encontrados até o momento na bibliografia pesquisada, outros estudos que tratassem das representações sociais da sífilis.

O CUIDADO

O cuidado, aspecto fundamental relativo ao estudo das doenças, em especial da sífilis, será abordado neste capítulo por meio de conceitos que foram considerados relevantes ao desenvolvimento do presente estudo. Tais conceitos trazem em seu bojo a influência dos aspectos culturais envolvidos na atividade humana de *cuidar*.

Trazendo um pouco da história, desde a Antiguidade o cuidado aparece relacionado à própria existência humana, sendo que a partir dos gregos, o cuidado também passa a integrar a preocupação com a saúde visando às demandas principais de sobrevivência dos seres humanos (Ayres, 2004). A fábula abaixo, de Gaius Julius Hyginus, autor romano, que viveu no primeiro século desta era, mostra a importância atribuída ao cuidado, naquele período.

A Fábula do Cuidado

Conta que Cuidado ao atravessar um rio deu forma a uma porção de barro que ali encontrou. Enquanto apreciava o objeto construído surgiu Jupiter, a quem Cuidado solicitou que soprasse espírito naquele objeto por ele esculpido, o que Jupiter fez de bom grado. Cuidado, então, quis dar um nome àquele objeto, mas Jupiter o proibiu, exigindo que o objeto assumisse seu próprio nome, gerando assim uma discussão entre os dois deuses.

Nesse momento, a Terra passa, também, a reivindicar que a criatura tenha o seu nome, argumentando que a mesma, fora feita de sua matéria, o barro. A discussão foi tamanha que chamaram Saturno para atuar no conflito instalado entre eles. Saturno, então, toma a seguinte decisão:

- Você, Jupiter, deu-lhe o espírito; receberá de volta este espírito por ocasião da morte desta criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo e, portanto, receberá também de volta este corpo quando esta criatura morrer. Mas você, Cuidado, como foi quem primeiro moldou o barro, esta criatura ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E, quanto a essa discussão entre vocês, acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada de homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.” (Higynus, 1884, conforme citado por Costa, 2004).

O conceito de cuidado aparece diferente nos diversos tempos e culturas, não havendo um consenso sobre seu significado. O cuidado de si parece remeter a uma perspectiva mais psicológica, enquanto o cuidado de outros a uma categoria mais sociológica, embora, analisando-se na perspectiva da integralidade, o cuidado de si inclui o cuidado do outro, a partir de uma visão psicossociológica (Cavalcanti, 2004; Tronto, 2007). Sabe-se, ainda, que o conhecimento popular e a prática do cuidado nos diferentes grupos sociais, incorpora a cultura, os valores, as crenças e os significados, no contexto de vida dos seres humanos (Rodrigues, Andrade & Marques, 2001).

O cuidado pode ser aqui definido, como uma atividade da própria espécie, que inclui tudo o que podemos fazer para manter, continuar e reparar nosso “mundo”, e nele viver da melhor maneira possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos, nosso meio

ambiente, e tudo em que procuramos intervir de forma complexa e auto-sustentável (Fisher & Tronto, 1990, conforme citado por Tronto, 2007).

O auto-cuidado, portanto, refere-se às atividades que a pessoa realiza para a manutenção de sua própria vida, de sua saúde e de seu bem-estar. Caracteriza-se como uma necessidade dos seres humanos, que se não for satisfeita ou assumida por outra pessoa, pode resultar em desequilíbrios, doenças e morte (Rodrigues, Andrade & Marques, 2001).

O “conhece-te a ti mesmo” de Sócrates, tem, originalmente, um sentido espiritual relacionado à consulta com o deus Apolo. Platão, porém, aprofunda esta interpretação indicando o “conhecer a si mesmo” como desdobramento do princípio do cuidado de si. Propõe, ainda, que a missão divina de Sócrates impele as pessoas a se ocuparem de si mesmas, ou seja, a praticarem o auto-cuidado (Candiotto, 2008). Os conceitos de cuidado, de forma geral, cuidar de si e auto-cuidado, descritos por Sócrates como a arte da existência são fundamentais para a sobrevivência do ser humano em nível individual e coletivo, constituindo-se em uma atitude em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo (Cavalcanti, 2004; Rodrigues, Andrade & Marques, 2001).

Conforme Ayres (2004), o cuidado seria o próprio “ser” do ser humano, referindo-se à curadoria que exerce sobre sua própria existência e de sua realidade, não como algo completamente consciente ou controlável, mas como resultado de uma auto-compreensão e do exercício da prática de ações transformadoras, na perspectiva proposta por Heidegger. A centralidade do cuidado nesta percepção influi no modo de ser das pessoas, relaciona-se com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

O “cuidar do outro”, numa perspectiva histórica, aparece nas sociedades com a divisão social do trabalho entre homens e mulheres, que se dá com o surgimento das sociedades agrícolas. A necessidade de sedentarização – espera pela colheita – cria a propriedade e a herança, mudando profundamente as relações sociais, em especial no que

tange à relação de gênero. O trabalho feminino tende então, a ser confinado aos lares, restrito às atividades domésticas e reprodutivas. A mulher passa a ser a “cuidadora” do lar e dos outros membros da família, exercendo uma atividade desprovida de valor, exceto na sua ausência (Carvalho e cols., 2008).

Somente a partir do Movimento Feminista do final do século XIX, aliado às mudanças econômicas na sociedade da época, as mulheres de classes sociais mais elevadas e as religiosas, passam a assumir atividades laborais remuneradas externas, principalmente como educadoras e em atividades de enfermagem. Tais profissões, também relacionadas ao “cuidado do outro”, poderiam ser consideradas como uma extensão das atividades do lar e, portanto, tornaram-se “permitidas”. Atualmente, com a ampla participação da mulher no mercado de trabalho, ela se torna responsável por uma dupla jornada de trabalho, ficando a seu cargo, ainda, o cuidado da casa e dos filhos, mesmo que de forma indireta (Carvalho, Cavalcanti, Almeida & Bastos, 2008).

O cuidado, historicamente atribuído às mulheres, foi visto como uma forma de trabalho não qualificado, de baixo valor monetário e até mesmo filantrópico, quando considerado como mercadoria global. Tal desqualificação influi no valor atribuído às profissões relacionadas ao cuidado (Tronto, 2007).

Por outro lado, o cuidado a ser exercido pelo homem foi desconsiderado historicamente, em especial, no que se refere à participação do pai no cuidado com os filhos, a qual começa a ser valorizada somente após o engajamento da mulher em atividades laborais externas ao lar (Falceto, Fernandes, Baratojo & Giugliani, 2008; O’Connell, 2005).

Com relação ao tratamento da saúde, o sentido de cuidado assume uma dimensão ética que vai além do “cuidado em saúde” propriamente dito, ou seja, tratar alguém com cuidado significa atuar cautelosamente, tendo em vista a situação de fragilidade e vulnerabilidade do paciente. Desde a Grécia Antiga, os filósofos gregos defendiam a

perspectiva da totalidade na arte de curar, considerando o cuidado como parte fundamental do processo conhecido atualmente como integralidade¹ (Costa, 2004).

Contraopondo-se a esse modelo, ainda aparece na área de saúde, como uma abordagem ou perspectiva dominante e com pretensão de verdade unívoca, diversos reducionismos, em especial, o reducionismo do saber biomédico. Seu olhar biologicista sustenta uma concepção de saúde como “ausência de doença” e a manutenção de um modelo médico assistencial, privilegiando os determinantes biológicos em detrimento dos sociais, na interpretação do processo saúde/doença, o qual muitas vezes nem sequer é visto como processo. Sua racionalidade procura fatos, numa relação linear de causalidade, na qual não se encontra grande parte das respostas (Rozemberg & Minayo, 2001).

A integralidade e os demais princípios do SUS, incorporados na Constituição Federal (CF) de 1988, a partir do movimento de Reforma Sanitária, foram resultado de um longo processo histórico e social, sendo considerados hoje como uma conquista social definitiva e que ainda precisa ser efetivada (Barata, Tanaka & Mendes, 2004).

A partir da década de 1960, iniciou-se um amplo debate em várias partes do mundo, apontando para a determinação econômica e social do fenômeno saúde/doença, visando à superação do modelo hegemônico centrado no controle da enfermidade. Formaliza-se na Conferência de Alma, em 1978, a proposta Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária à Saúde², sendo que esta alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, 1986. Surge, neste momento,

¹ A **integralidade**, princípio constitucional do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) pode ser vista, quando referente ao cuidado em saúde, como a assistência que considera o indivíduo na abordagem biopsicossocial, como parte de um todo, o qual influencia direta ou indiretamente no seu estado de saúde (Brasil, 2005b).

² A atenção primária ou atenção básica em saúde constitui-se no primeiro nível de atenção em saúde, que busca, além da prevenção, evitar a evolução de agravos, ser resolutiva no que tange a situações mórbidas que não exijam ações de maior complexidade ou densidade tecnológica (Brasil, 2009).

a adoção de um conceito ampliado de saúde que supera o paradigma no qual a saúde era vista como a ausência de doença (Brasil, 2001).

Percebe-se atualmente, uma possibilidade histórica de superação do modelo médico-assistencial hospitalar, a partir da expansão e qualificação da atenção primária à saúde, com envolvimento da população na busca do protagonismo (Teixeira, 2004).

A **promoção da saúde**³ surge, nesse contexto, em busca de uma população mais saudável, que viva em ambientes saudáveis, que esteja protegida das doenças e tenha qualidade de vida. Procura incluir alguns componentes como a biologia humana, meio-ambiente, sociedade, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Seu objetivo seria a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população, a partir da capacitação do indivíduo em atuar sobre a própria saúde e da vontade política (Brasil, 1999).

Buscou-se nesta introdução do capítulo, trazer conceitos como de cuidado, de autocuidado, do cuidado em saúde que nortearão nosso estudo, além de apontar para a relação de gênero que se estabelece no *cuidar*. A seguir, o capítulo abordará o cuidado em saúde e as masculinidades, como este cuidado ou sua ausência interfere na saúde do homem, e mais especificamente na saúde sexual masculina.

1.1- O cuidado em saúde

Será abordado, a seguir, o cuidado em saúde, a partir do conceito de integralidade do processo saúde/doença, tendo em vista a superação do modelo centrado na concepção médico-

³ A promoção em saúde pode ser considerada como uma política que evoluiu ao longo de um tempo social e histórico. O debate atual no Brasil considera a promoção em saúde de forma politizada, baseada nos determinantes sociais de saúde, identificando-se com a noção de qualidade de vida e contrapondo-se ao reducionismo biomédico (Brasil, 2009).

curativa, orientado pela fragmentação dos procedimentos, tecnificação da assistência e mecanização das ações em saúde. Tal reflexão interfere no controle da sífilis, doença antiga fortemente influenciada por aspectos culturais, que deve ser considerada de forma integral tanto no nível individual quanto no coletivo (Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008).

O sofrimento causado pela doença, de forma geral, provoca algum nível de recolhimento interior no indivíduo, nas diversas culturas, manifestando-se ao paciente como algo interno, por meio de sintomas subjetivos, como dor, cansaço, medo, entre outros. A doença se constitui de significados e pode ser definida como um conjunto de sensações, físicas e/ou psíquicas, cujos sentidos se constroem no processo de socialização (Costa, 2004; Oliveira & Roazzi, 2007).

Na realidade, nem toda doença é vivenciada pelo indivíduo ou pelo grupo como um “mal interior” ao organismo. As “doenças externas”, que causam “chagas” ou “deformidades” visíveis no corpo humano, bem como doenças que incorporam valores negativos, historicamente parecem desencadear processos sociais mais intensos que as “internas” (Lefèvre, 1999; Richards, 1993).

A doença aparece como um lado sombrio da vida - o qual provoca um “desequilíbrio” de forças antagônicas que atuam no processo saúde/doença - comportando a esperança de retorno ao estado “saudável” - restabelecimento do “equilíbrio” (Costa, 2004). A “saúde”, sob esta perspectiva dicotômica, pode ser considerada como algo transitório e até mesmo utópico, algo que pode ser perdido com o surgimento de uma “doença” qualquer (Lefèvre, 1999).

As noções de saúde e doença têm sido pautadas na inter-relação entre os corpos humanos e o mundo ao seu redor. Elementos naturais e sobrenaturais influenciam essas noções, provocando os sentidos e impregnando a cultura, de valores e crenças individuais e

coletivas. Ao longo do tempo, a doença tem gerado sentimentos, fantasias, representações e atitudes, sustentados por valores e crenças (Sevalho, 1993).

A doença engendra uma necessidade de interpretação complexa da sociedade como um todo, uma vez que se caracteriza como um evento que modifica a vida do indivíduo, sua inserção social e o equilíbrio coletivo. O medo e a culpabilidade sempre fizeram parte da relação entre o ser humano e a doença (Sevalho, 1993). Desta forma, toda doença aparece como um fenômeno significativo e a interrogação sobre a doença não se limita às informações médicas obtidas pelo indivíduo, mas à relação entre o saber médico e o senso comum, estabelecida nos dois sentidos, do pensamento erudito para o popular e vice-versa (Cardoso & Gomes, 2000).

Na Antiguidade, a doença aparece como castigo sobrenatural, possessão demoníaca, podendo ainda, segundo os gregos, ser gratuita ou merecida. Hipócrates e seus seguidores, com sua **perspectiva humoral**, estabelecem uma passagem do sobrenatural para o natural, na qual o corpo humano, formado por inúmeros líquidos – os *humores* -, encontra-se saudável quando há equilíbrio entre esses humores. O “equilíbrio”, segundo esta teoria, poderia ser obtido a partir do cuidado com alimentação e prática de atividade física, em harmonia com a natureza (Sevalho, 1993; Sontag, 2007).

Na cultura medieval, a doença era fortemente associada ao pecado, em especial, às práticas sexuais consideradas pecaminosas. Até mesmo a hanseníase era considerada uma doença de transmissão sexual. A sífilis, doença ainda não conhecida naquele momento, poderia já existir na humanidade e estar sendo confundida com a hanseníase, devido ao aparecimento de lesões na pele – manifestação clínica comum na fase secundária da sífilis e em alguns casos, na fase terciária (Richards, 1993).

Já no século XIX, coincidindo com o início da medicina científica, a doença aparece como produto da vontade do doente, evidenciando, embora de forma diversa das anteriores, a culpa e o merecimento do ser humano, em relação à doença (Sontag, 2007).

As noções de saúde e doença, dessa forma, podem ser consideradas como uma construção social, ao longo dos tempos, uma vez que cada sociedade classifica o doente, de acordo com critérios e modalidades fixadas pelo grupo. O conhecimento médico científico aparece intimamente vinculado a esses processos sociais, já que o doente, durante o atendimento, relatará os sintomas -“internos”- por ele sentidos, os quais serão interpretados, investigados e articulados com possíveis sinais das hipóteses diagnósticas formuladas pelo profissional assistente. A compreensão das formas pelas quais as pessoas exprimem os sentidos que são atribuídos à vivência da doença se constitui em um grande desafio para a área de saúde, diante da situação de sofrimento humano (Alves & Minayo, 1994; Oliveira & Roazzi, 2007). Ser doente relaciona-se ao desenvolvimento de uma nova identidade, a viver uma vida diferente. Quem determina o valor da doença é o doente e não a avaliação médica propriamente dita, a qual faz do “normal”, no ponto de vista biológico, um conceito de valor. Assim, a definição de doença, parte menos do profissional que da própria percepção do doente e de seu meio social (Silva, 2005).

A doença agrega grupos sociais, sendo que uma possibilidade de contágio poderia tornar semelhantes indivíduos de categorias sociais diversas. A classificação baseada no diagnóstico de uma doença contagiosa pode pressupor uma tomada de distância, proibindo contatos e até mesmo a despersonalização. A classificação prescritiva pode ainda implicar em atitude negativa – preconceito - e instaurar uma hierarquia entre indivíduos, permitindo ou proibindo relações – comportamentos discriminatórios (Moscovici, 2005b).

Os processos empregados na segregação e manutenção da distância do “grupo de doentes” – o exogrupo -, vão muito além das formas sugeridas pela medicina e possuem um

forte componente histórico, cujas origens remetem a processos arcaicos como as *temathas* – sendo a proibição de contato um destes temas. Estas se constituem de temas que perduram, como imagens-conceito, como concepções primárias profundamente ancoradas na memória coletiva, enquanto noções primitivas. Os discursos, representações e crenças, de forma geral, provêm de muitos outros discursos e representações elaboradas anteriormente e delas derivadas, que se perpetuam. Estes temas conceituais podem ser considerados como idéias-fonte geradoras de um axioma na evolução de nossas representações do mundo (Vignaux, 2005, citado por Moscovici, 2009).

Desta forma, tanto o senso comum quanto a ciência contribuem para impregnar nossas representações de preconceitos e de estereótipos partilhados socialmente, os quais na sua essência são crenças profundamente arraigadas na nossa sociedade, em sua memória coletiva (Moscovici, 2009).

As doenças venéreas – atualmente utiliza-se mais o termo “doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou infecções sexualmente transmissíveis” - anteriores ao surgimento da aids, já foram consideradas como uma das maiores calamidades do mundo ocidental, tendo em vista a ampla utilização do termo “*sifilização*”, aliado ao processo de civilização do novo mundo, que traz consigo um forte componente de alteridade em relação ao grupo de “doentes” – os “sifilíticos” (Gregersen, 1983).

As pessoas, até mesmo aquelas com bom nível de instrução, em geral possuem crenças, consideradas errôneas pela ciência, em relação à própria saúde. As informações médicas obtidas se encontram com essas crenças, sendo reconstruídas, e quando as informações são contraditórias em relação às crenças antigas, as pessoas podem considerar mais fácil ignorar as informações do que mudar sua estrutura de conhecimento. Grande parte das teorias sobre o comportamento relacionado à saúde sustenta que as crenças sobre saúde e

doença podem predizer comportamentos, no nível individual e coletivo, influenciando direta ou indiretamente no processo saúde/doença (Strauber, 2005).

O cuidado, nesse contexto sócio-histórico, é indissociável do conceito de integralidade, podendo-se definir o cuidado em saúde como o tratamento, acolhimento e atendimento do ser humano em seu sofrimento. O cuidado em saúde deve constituir-se da utilização de tecnologias, da articulação de profissionais e ambientes em determinado tempo e espaço, procurando adequar-se às demandas específicas do paciente, considerando a realidade local e o contexto social (Oliveira, Grabois & Mendes Junior, 2009).

Considerando as múltiplas e complexas dimensões que assume o cuidado em saúde, entende-se que o cuidar do outro, requer preocupação, conhecimento e dedicação ao próximo e a si mesmo nas relações ser humano/cuidador (Baggio, Monticelli & Erdmann, 2009). O cuidado em saúde engloba atitudes e ações relacionadas à assistência e à solidariedade frente ao doente, o qual pode ter perdido temporária ou permanentemente sua autonomia e capacidade de auto-cuidado em diversos níveis (Zagonel, 1999).

Pode-se inferir, então, que a complexidade que envolve os conceitos “saúde e doença”, ultrapassa a realidade biopsicossocial, evidenciando que o cuidado em saúde não pode desconsiderar a singularidade cultural e até mesmo ambiental, relativa a situações de saúde e doença (Alves & Minayo, 1994).

Considerando a perspectiva sócio-histórica envolvida no processo saúde/doença e no cuidado, desenvolvida neste tópico, será estudada em seguida, a influência do gênero, em especial do masculino, nesse processo. O próximo tópico mostra como as masculinidades afetam o cuidado em saúde e qual o impacto disto nas sociedades.

1.2 - Masculinidades

Como estudaremos o pensamento masculino sobre a sífilis se faz necessário demonstrar, por meio da literatura científica, como as masculinidades – partes integrantes do pensamento masculino – se relacionam com o adoecimento. Abordaremos um pouco da história, em especial da perspectiva de gênero, para se compreender os aspectos relevantes desta relação entre a masculinidade e o processo saúde/ doença.

Somente no século XVIII, quando os órgãos reprodutores humanos foram nomeados anatomicamente pela ciência, surge a noção de dois sexos, pois que até então, acreditava-se no isomorfismo entre órgãos sexuais e reprodutivos masculino e feminino – sendo o feminino, considerado desviante. A partir desse momento, a distinção entre os órgãos reprodutivos ganha centralidade na definição das diferenças entre homens e mulheres (Laqueur, 2001).

Embora reconhecidas as diferenças anatômicas, o que aparentemente não mais consideraria o sexo feminino como desviante e portanto, desqualificado, a idéia persiste de forma implícita, sendo o homem, na perspectiva biológica, considerado como modelo universal, o que pode ser entendido como um “viés androcêntrico da ciência” (Aquino, 2006).

Por muitos anos, as diferenças entre homens e mulheres foram naturalizadas, diante de um determinismo biológico, visto como parte de uma ciência pretensamente neutra. As diferenças físicas têm um caráter universal e imutável, porém, uma teoria baseada exclusivamente nas diferenças físicas, pressupõe um sentido inerente ao ser humano, excluindo o contexto sócio-cultural e negando a historicidade do gênero, propriamente dita (Scott, 1995).

Frente a esse modelo paradigmático, o termo “gênero” passou a ser usado para diferenciar homens e mulheres a partir de sua introdução pelas teorias feministas, enfatizando os aspectos sócio-culturais ao se abordar o tema “sexo”, o qual é retomado desde então, numa perspectiva exclusivamente biológica (Araújo, 2005). Esta lógica se baseia na idéia de que há

machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem ou ser mulher se realiza em aspectos culturais, tornando obsoleta a definição mais tradicional de papéis sexuais (Heilborn, 1994).

Inicialmente, a palavra “gênero” apontava para uma rejeição ao determinismo biológico relacionado aos termos “sexo” ou “diferenciação sexual”. O termo gênero, no seu uso mais simples era utilizado como sinônimo de “mulheres”, sendo que diversos livros e artigos sobre a história das mulheres substituíram em seus títulos o termo “mulheres” pelo termo “gênero”, possivelmente em busca de uma conotação mais objetiva e neutra. Logo após, a palavra gênero, passa a integrar a terminologia científica, dissociando-se da política do feminismo (Scott, 1995). Em relação à saúde, o mesmo fenômeno parece ter ocorrido, substituindo-se, inicialmente nas publicações científicas, o termo “saúde da mulher” por “gênero e saúde” (Courtenay, 2000).

Para Scott (1995), este movimento seria uma busca de legitimidade acadêmica pelos estudos feministas da década de 1980, no sentido de dar visibilidade aos estudos das mulheres. Além disto, substituindo-se “mulheres” por “gênero”, foi possível sugerir que a informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, introduzindo uma implicação entre os gêneros na literatura acadêmica.

A categoria gênero, portanto, informa sobre o conjunto de normas, valores, costumes e práticas, onde a diferença entre homens e mulheres é construída no interior de cada cultura e simbolicamente significada e representada. Homens e mulheres se inserem de forma diferenciada na sociedade, com base em diferentes matrizes e papéis de gênero atribuídos a cada um dos sexos. A “cultura masculina” e a “cultura feminina” que estão por trás desses papéis, reforçam valores adquiridos ou assimilados a partir de uma socialização diferenciada. Esta diferenciação se reflete de formas diversas no conhecimento e nas práticas de saúde (Bandeira, 2007).

Para Fávero (2010), há uma verdadeira dicotomia que opõe as categorias masculina e feminina, sendo a natureza feminina considerada instintiva, enquanto o homem é considerado um ser racional, pensante; ou ainda, a mulher considerada somente corpo e o homem mente. Tal dicotomia está impregnada na linguagem, na mídia, nas diversas relações sociais.

A masculinidade pode ser considerada como parte do construto denominado identidade de gênero que corresponde à aceitação de um gênero que, normativamente, complementa-se com o sexo biológico e se incorpora ao auto-conceito do indivíduo. A identidade de gênero, desta forma, corresponde à auto-percepção de atributos que definem os papéis culturalmente reconhecidos como típicos do gênero masculino ou feminino. Esta identidade sofre influência de pertencas sociais como etnia, grupo etário, escolaridade entre outras (Souza & Ferreira, 1997).

Também para Connell (2000), as masculinidades são culturalmente construídas, variando conforme as sociedades e até em uma mesma sociedade, nos diferentes momentos históricos. São definidas coletivamente nas diferentes culturas e sustentadas em sua instituição. Não são programadas geneticamente, nem fixadas pela estrutura social, mas são produzidas ativamente, manifestando-se nas práticas sociais e comportamentos individuais. Os diferentes modelos de masculinidade podem ser, inclusive, contraditórios.

O “**masculino**” no senso comum é visto como “**sexo forte**”, sem levar em consideração as vulnerabilidades físicas e psíquicas próprias do homem. Sua vulnerabilidade física - relacionada à morbimortalidade - liga-se a uma maior vulnerabilidade psíquica – é mais difícil “construir” um homem do que uma mulher; no que diz respeito à sua identidade e subjetividade; desde a concepção: “o macho que nasce de uma fêmea” e deve se diferenciar da mulher durante todo seu desenvolvimento, até a vida adulta viril (Braz, 2005).

Aspectos culturais na masculinidade reforçam a idéia de que, nas diversas culturas a manifestação da virilidade por meio da rejeição de comportamentos considerados femininos faz parte da identidade dos homens (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007). O masculino, desta forma, se produz a partir da alteridade, destacando-se do materno – feminino – por meio de uma inversão hierárquica da relação de englobamento original entre os sexos, entendendo-se a assimetria de gênero como constitutiva do social (Heilborn, 1994).

Historicamente, o masculino e feminino vinham sendo abordados de forma bipolar, de forma a perpetuar os estereótipos de gênero. Os estereótipos são um tipo de esquema - redes de informação organizadas com base em experiências anteriores utilizados de forma simplificada para julgar uma situação atual - dirigido a determinado grupo contendo impressões rígidas e generalizadas relativas aos seus integrantes. Eles influenciam as formas pelas quais uma informação é processada, ao serem ativados, ou seja, as informações que confirmam os estereótipos são retidas e aquelas inconsistentes com os estereótipos tendem a serem negadas. Eles podem levar ao preconceito e discriminação – comportamentos negativos – em relação a determinados grupos (Aronson, Wilson & Akert, 2002; Courtenay, 2000).

Apenas recentemente foi introduzido o caráter relacional do gênero, momento em que se percebeu que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens e vice-versa, não sendo factível a fragmentação. Pode-se considerar este momento como de transição paradigmática (Aquino, 2006).

No estudo realizado por Ribeiro (2000), os resultados indicam que há uma concepção de homem tradicional arraigada em nossa cultura, e que o impacto das transformações sociais e econômicas da atualidade não possibilitou ainda uma completa transformação das representações sociais de masculinidade. A partir das transformações vividas na atualidade, ocorre uma redefinição da identidade de gênero, tanto feminina como masculina, porém as

representações hegemônicas de gênero resistem a esse processo de mudança, coexistindo com novas representações e provocando oscilações entre o novo e o velho.

O estudo realizado por Nascimento & Gomes (2008) aponta para mudanças no padrão de masculinidade entre homens jovens, de forma semelhante ao estudo de Ribeiro (2000). As marcas identitárias do masculino encontradas na pesquisa deste último autor foram: “provedor, dominador e heterossexual” – referentes a um padrão de masculinidade tradicional, porém encontrou-se o termo “cuidador” como marca identitária, ligada anteriormente ao estereótipo feminino, o que confirma a existência de mudanças.

A crise da masculinidade⁴ aparece associada à superação do mito “homem de verdade”, em torno do qual o menino é socializado. Está ligada, portanto, a valores sociais pertencentes ao universo masculino (Gomes, 2003).

A partir do Movimento Feminista e até mesmo antes disto, em determinados momentos históricos, como o surgimento do capitalismo, o qual indiretamente também contribui para o enfraquecimento do patriarcado⁵, percebe-se mudanças nas identidades de gênero. A inserção da mulher no mercado de trabalho altera a tradicional relação bipolar de domínio do espaço público pelos homens e do privado pelas mulheres. A crise da masculinidade ganha maior visibilidade a partir das mudanças provocadas nos valores, na família e nas relações de trabalho pela luta das mulheres sob a égide do feminismo, na década de 1960. O significado do feminino começa a insinuar mudanças quando as mulheres passam a buscar uma redefinição de suas identidades, desestabilizando o masculino, o que deixa clara a perspectiva relacional nesse contexto (Fávero, 2010).

⁴ Como Ribeiro (2000, p. 26) afirma, a Crise da Identidade Masculina, se caracteriza como um “desconforto do homem na relação com parceiras, mulheres e filhos”.

⁵ O patriarcado trata-se de um paradigma que vai além da relação de poder do homem sobre a mulher nas sociedades patriarcais, resistindo ao longo de séculos e persistindo na sociedade atual, embora de forma diferenciada, o que pode ser chamado de “patriarcado contemporâneo” (Fávero, 2010).

A busca de formas alternativas de subjetividade, divergentes dos modelos sexistas – caracterizados pela exclusão das mulheres, construídos a partir da relação de poder entre os gêneros - tem crescido como consequência das grandes transformações sociais que vêm ocorrendo no mundo ocidental. Os homens têm descoberto padrões de masculinidade mais distantes do estereótipo masculino, podendo reconhecer suas necessidades afetivas e buscar meios para satisfazê-las (Araújo, 2005). Tais mudanças se evidenciaram nas artes, como na letra da música popular brasileira moderna, a seguir:

Super Homem, a Canção

*“Um dia, vivi a ilusão de que ser homem bastaria
Que o mundo masculino tudo me daria
Do que eu quisesse ter*

*Que nada, minha porção mulher que até então se resguardara
É a porção melhor que trago em mim agora
É o que me faz viver*

*Quem dera, pudesse todo homem compreender, ó mãe, quem dera
Ser o verão no apogeu da primavera
E só por ela ser*

*Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória
Mudando como um deus o curso da história
Por causa da mulher.”
(Gilberto Gil, 1979)*

Para Kimmel (1987), os novos modelos de masculinidade convivem com o padrão tradicional, criando uma tensão dinâmica entre “o macho sedutor” e “companheiro amoroso”, entre o “pai presente” e o “trabalhador ambicioso e compulsivo” e muitas outras comparações ambíguas e até mesmo contraditórias.

Enquanto na história tradicional, as mulheres foram invisíveis como sujeitos históricos, embora a literatura científica mais recente reconheça que elas participaram dos grandes e pequenos eventos que envolveram a humanidade, nas políticas de saúde as mulheres têm sido contempladas com programas específicos, diferentemente dos homens. O

discurso médico, desde o aparecimento da medicina científica no final do século XIX, o qual contém como “pano de fundo” a valorização da criança como elemento-chave da família, reconhece a mulher como responsável pela saúde e bem-estar dos membros da família, em especial, dos filhos, sendo, portanto, relevante o investimento em sua saúde. Com isto, as políticas de saúde tradicionalmente voltadas à mulher, em especial, às ações de pré-natal privilegiando a saúde do feto, parecem esconder uma lógica que torna a mulher atual submetida à tutela da medicina – a qual substitui o papel social normativo exercido pela Igreja, desde a Idade Média (Matos, 2003; Scott, 1995).

Desta forma, a expressão “saúde da mulher” foi criada pelos médicos quando se constituíram as bases da Ginecologia moderna, no final do século XIX, em resposta ao Movimento Feminista que ocorria na época. Após um período de latência, relativo à sua utilização, a expressão saúde da mulher, na década de 1970 é resgatada pelas feministas e ressignificada para além da perspectiva materno-infantil na qual foi criada – interesse primordial do Estado, na saúde do feto e da criança – considerando os direitos reprodutivos, inclusive quanto à contracepção (Aquino, 2006; Pinsky, 2009; Scott, 2005).

Nas últimas décadas começaram a aparecer estudos que abordam os homens, os quais foram considerados inicialmente como desviantes do paradigma materno-infantil hegemônico, presente nas políticas de saúde. Observam-se, muitas vezes de forma implícita, verdadeiros pedidos de desculpas por parte dos autores destes estudos sobre masculinidade e saúde, por abordarem o masculino. Essas publicações começaram a aparecer na década de 1970. A partir dos anos 90, a discussão sobre o homem aparece de forma mais acentuada na literatura científica, o que subsidia a criação de uma política de saúde específica para o homem, tendo em vista a equidade de gênero em saúde, conceito que surgiu vinculado à saúde da mulher, evoluindo para a perspectiva relacional (Gomes & Nascimento, 2006).

Buscamos nesta exposição, na tentativa de demonstrar o aspecto atual de mudanças nas masculinidades, fornecer elementos teóricos que orientem a discussão do pensamento masculino nas sociedades, tendo em vista a importância deste tema no estudo do controle da sífilis. A seguir, busca-se estabelecer uma relação entre as masculinidades e o processo saúde/doença.

1.3 - Masculinidades & Saúde

A relação entre as masculinidades e o processo saúde/doença será abordada neste tópico, considerando os diversos fatores de natureza biológica e social que levam ao adoecimento, especificamente em relação ao homem. Esta reflexão contribuirá para a compreensão dos aspectos que envolvem o pensamento masculino sobre a sífilis.

As especificidades relacionadas à saúde do homem começam a ser estudadas na perspectiva da relação de gênero trazida pelo Movimento Feminista, a partir da década de 1980, enfocando a necessidade de uma ressignificação do modelo masculino tradicional. Este modelo passa a ser considerado como adoecedor, tendo em vista a saúde integral do homem, bem como sua situação epidemiologicamente desvantajosa, quando comparado à mulher (Connell, 2000).

Tal situação leva Sabo e Gordon (1995, p.1) afirmar que “...*the fish are the last ones to discover the ocean*”, em clara analogia ao descompasso entre o saber médico e a saúde do homem.

Segundo Doyal (2000), os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde e estão mais sujeitos a riscos no que diz respeito à morbimortalidade por causas externas do que as mulheres e, morrem mais do que elas em todas as faixas etárias. O autor aponta, ainda, que fatores sociais influenciam profundamente este diferencial de

morbimortalidade entre os sexos. No entanto, ainda há questões que não se encontram completamente elucidadas pela ciência, havendo necessidade de se pesquisar as dimensões biológicas e sociais em busca de respostas para esse diferencial entre os sexos, bem como as relações existentes entre tais dimensões. Na Figura 1, observam-se os diversos fatores que influenciam nesse quadro epidemiológico, desvantajoso para o sexo masculino.

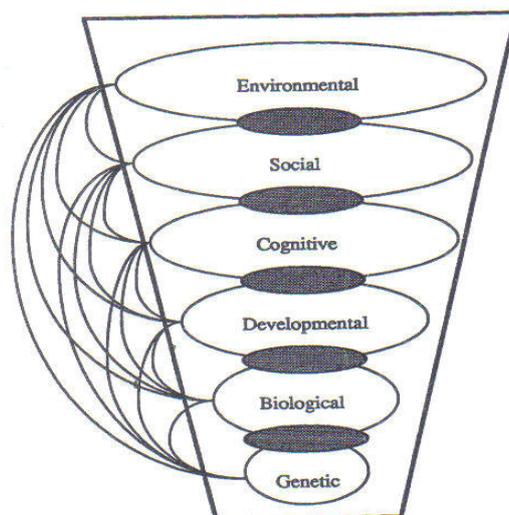


Figura 01. Fatores de influência na mortalidade masculina precoce
Fonte: Adaptado Sabo & Gordon (1995, p. 61).

Stillion (1995), ao propor este círculo de influências, formado pelos fatores que influenciam no diferencial da mortalidade por sexo, postula que os fatores genéticos apareceriam precocemente, na primeira esfera, provavelmente contribuindo no diferencial de longevidade.

Na esfera biológica estariam principalmente fatores hormonais, ligados à produção de testosterona, a qual se acredita estar relacionada com o maior nível de agressividade, contribuindo para a mortalidade por causas externas (Stillion, 1995).

Por outro lado, o estrógeno produzido pelas mulheres até a menopausa, promove uma proteção para doenças cardíacas, embora após a menopausa o risco para homens e mulheres se iguale. A presença de maiores níveis de anticorpos - imunoglobulina **M** – nas

mulheres em relação aos homens parece ainda, conferir maior proteção contra doenças infecciosas mais graves (Stillion, 1995).

Ainda nessas duas primeiras esferas – genética e biológica-, também podem ser considerados aspectos culturais que poderiam influenciar até mesmo no desenvolvimento fetal. A pesquisa de Al-Akour (2008), sobre o conhecimento do sexo fetal por mães jordanianas, mostra que as mulheres tinham preferência por bebês do sexo masculino. Tal preferência se refletia no número aumentado de consultas de pré-natal em mulheres grávidas de meninos, após o conhecimento do sexo do bebê, no sentido de proteger o feto masculino, em relação às grávidas de meninas na Jordânia.

A Jordânia, conforme acessado em <http://portalsaofrancisco.com> (2010), é um país oriental com cerca de 7 milhões de habitantes, cuja expectativa média de vida ao nascer, no período de 1995 a 2000, ficou entre 69 anos para homens e 71,5 anos para mulheres, ou seja, uma diferença pequena entre os sexos - de 2,5 anos - em relação à expectativa de vida, quando comparada a outros países, o que pode ser observado na Tabela 1. Tal fenômeno pode estar refletindo a qualidade do cuidado materno com o filho do sexo masculino, naquela cultura, além dos outros fatores a serem considerados.

Tabela 01. Expectativa de vida ao nascer por sexo em diversos países

País	Ano de nascimento	Homens	Mulheres	Diferencial entre os sexos
Austrália	1987	73,03	79,46	6,43
Canadá	1985- 1987	73,02	79,33	6,31
Egito	1985- 1990	59,29	61,46	2,17
Alemanha Oriental	1987-1988	69,81	75,91	6,1
Alemanha Ocidental	1985- 1987	71,81	78,37	6,56
Grécia	1980	72,15	76,35	4,2
Irlanda	1980-1982	70,14	75,62	5,48
Israel	1987	73,60	77,00	3,4
Itália	1985	72,01	78,01	6
Japão	1988	75,54	81,30	5,76
Kenia	1985-1990	56,50	60,46	3,96
México	1979	62,10	66,00	3,9
Paquistão	1976-1978	59,04	59,20	0,16
Espanha	1980-1982	72,01	78,61	6,6
Suécia	1987	74,16	80,15	5,99
Suíça	1987-1989	73,90	80,70	6,8
Reino Unido	1985-1987	71,90	77,27	5,37
Estados Unidos	1986	71,30	78,30	7

Fonte: Adaptado de Sabo & Gordon (1995, p. 49)

O fenômeno de ampliação do diferencial de mortalidade entre homens e mulheres, ocorre em vários países no mundo, com maior intensidade nos países desenvolvidos, como se observa na Tabela 1. Tal diferencial tem aumentado ao longo dos anos nos Estados Unidos, conforme Tabela 2, diferentemente da mortalidade infantil entre os sexos, que poderá ser observada na Tabela 3, sugerindo novamente a influência de aspectos culturais até mesmo nas esferas biológica e genética e refutando a fragmentação dos fenômenos, numa perspectiva reducionista.

Tabela 02. Série histórica de expectativa de vida por sexo, no período de 1850 a 1989, em Massachusetts, Estados Unidos

Ano	Homens	Mulheres	Diferencial entre os sexos
1850	38,30	40,50	2,2
1900	48,23	51,08	2,85
1950	66,50	72,20	5,7
1989	72,70	79,20	6,5

Fonte: Adaptado de Sabo & Gordon (1995, p. 48)

A mortalidade infantil⁶ em crianças do sexo masculino nos Estados Unidos pode ser observada em uma série histórica de 1940 a 1989, na Tabela 3. Esta série histórica mostra a sobremortalidade masculina em uma faixa etária na qual a influência da cultura sobre o comportamento do menino, aparentemente ainda não estaria concretizada, porém, esta criança encontra-se sob os cuidados de adultos, em geral da família, a qual pertence a uma estrutura social.

Tabela 03. Série histórica de mortalidade infantil – 0 a 1 ano – por sexo no Estados Unidos, no período de 1940 a 1989

Ano	Coefficiente* para ambos os sexos	Coefficiente* para o sexo masculino	Coefficiente* para o sexo feminino	Diferencial entre os sexos
1940	47,0	52,5	41,3	11,2
1950	29,2	32,8	25,5	7,3
1960	26,0	29,3	22,6	6,7
1970	20,0	22,4	17,5	4,9
1980	12,6	13,9	11,2	2,7
1989	9,8	10,8	8,8	2,0

Fonte: Adaptado de Kimmel, Hearn, Connell (2005, p. 329)

Nota: *coeficiente de mortalidade por 1.000 nascidos vivos

Observa-se ainda, na Tabela 3, que apesar da mortalidade infantil ter reduzido drasticamente – de 47,0 em 1940 para 9,8 em 1989 -, a diferença entre os sexos permaneceu ao longo dessas décadas, ainda que com tendência clara de aproximação dos valores (Kimmel, Hearn & Connell, 2005).

De acordo com Schraiber, Gomes & Couto (2005), muito se tem pesquisado nas últimas décadas para se buscar entender os riscos diferenciados do adoecimento e morte entre homens e mulheres. Historicamente, as contribuições das ciências sociais apontam para o caráter social do adoecimento, de forma geral, considerando-se o processo saúde/doença como socialmente construído.

⁶ Indicador de saúde que altera a expectativa de vida ao nascer, sendo referente à mortalidade que ocorre de 0 a 1 ano de idade e reflete indicadores diversos como: assistência à saúde materno-infantil, saneamento básico da região, condições de moradia, escolaridade materna, entre outros.

Nos Estados Unidos, observa-se um padrão de mortalidade por doenças do coração, duas vezes mais alto em homens que em mulheres e na mortalidade masculina por câncer, uma vez e meia maior em relação ao padrão feminino. Os homens parecem sofrer de condições crônicas severas e doenças fatais mais precocemente que as mulheres. Além disto, das 10 doenças infecciosas de maior incidência, sete são mais comuns em homens que em mulheres (Courtenay, 2000).

As causas de morte masculina com maior impacto – causas externas nos mais jovens e doenças cardíacas após 35 anos - relacionam-se com os fatores envolvidos nas próximas esferas da Figura 1 – excetuando-se as esferas genética e biológica - que podem ser consideradas como socialmente construídas (Stillion, 1995).

Muito se tem pesquisado sobre a diferença no perfil de morbimortalidade entre homens e mulheres. O grupo etário de 20 a 29 anos tem apresentado diferenças ainda mais elevadas que outros grupos etários, sendo que esta mortalidade ocorre quase exclusivamente por causas externas, ou seja, acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, afogamentos, acidentes de trabalho, entre outras. A mortalidade masculina para esse grupo chega a ser quase três vezes superior à mortalidade feminina no mesmo grupo etário (Braz, 2005).

Em 2003, o IBGE avaliou o impacto das mortes por causas externas na expectativa de vida ao nascer. Observou-se, nesta simulação, considerando uma situação limite sem mortes por causas externas, que o impacto sobre a expectativa de vida ao nascer dos homens, seria de 2,5 anos, enquanto da população geral – ambos os sexos – seria de 1,5 ano (Braz, 2005).

Na esfera composta por fatores ligados ao desenvolvimento, considera-se a diferenciação na socialização de gênero, requerendo do menino uma menor expressão das emoções relacionadas à dor e ao sofrimento e permitindo ao menino a expressão da agressividade por meio da violência. Com relação à estrutura cognitiva, os homens

desenvolvem esquemas para comportamentos masculinos, respondendo a estímulos em acordo com sua concepção de *self*. Isto enfatizaria a competição e o sucesso como marcas da masculinidade tradicional (Stillion, 1995).

Braz (2005) afirma que o cuidar e o cuidar-se, de forma geral, não fazem parte da subjetividade masculina tradicional, e que a ausência ou insuficiência de cuidados agrava as doenças crônicas não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, além de expor os homens a riscos relacionados à violência. O cuidado ainda aparece ligado a papéis femininos e à aceitação de fragilidade, a qual pertence à subjetividade feminina.

As esferas de cunho social e ambiental podem ser responsáveis pela pressão para que o homem se mantenha em seu papel, qualificado como masculino. Fatores de risco como tabagismo e abuso de álcool, também influenciam de forma contundente a mortalidade masculina pelas causas de maior impacto, sendo comportamentos mais intensamente praticados por homens (Connell, 2000).

A interconexão das linhas, na Figura 1, indica que cada fator influencia e é influenciado pelos outros. Como fica evidente, o fenômeno de morbimortalidade masculina é extremamente complexo e, dificilmente, se ligaria a uma causa única (Stillion, 1995).

Buscamos apresentar um panorama relativo à morbimortalidade masculina, identificando os fatores de cunho biológico e social envolvidos com o adoecimento e morte do homem, no contexto do cuidado. Em seguida, abordaremos as políticas de saúde, considerando a saúde sexual do homem.

1.4 – Políticas de saúde voltadas para a saúde sexual do homem

Neste tópico será abordada a saúde sexual masculina e o desenvolvimento de políticas de saúde na área de saúde do homem. Tendo em vista tratar-se a sífilis de uma

doença sexualmente transmissível, é imprescindível relacionar a sexualidade ao cuidado em saúde, em especial no presente estudo, no universo masculino.

A utilização dos padrões tradicionais de poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada ainda não se encontram completamente superados na construção da identidade sexual masculina nos dias atuais. Além disso, a construção desta identidade é atravessada por inseguranças como medo do homossexualismo e da impotência, o que reforça os referidos padrões tradicionais (Whitehead, 2008). A virilidade sexual, ou seja, a competência para a ereção peniana e ejaculação é relacionada ao poder, cuja incapacidade é denominada “impotência sexual”. O modelo de masculinidade cuja centralidade está no pênis se baseia no paradigma biológico, na sexualidade exclusivamente genital e voltada para a reprodução. Tal modelo se torna carregado de significados e representações que afetam intensamente o nível de saúde das pessoas, de forma geral (Kimmel, 1987).

O campo da saúde reprodutiva, em especial, vem requerendo cada vez mais a participação do homem, tanto no que diz respeito ao apoio à saúde da mulher e da criança, quanto no reconhecimento do homem como sujeito de direitos na atenção à saúde, pelo desenvolvimento de uma política específica de saúde do homem - a qual foi implantada no Brasil no ano 2009 (Brasil, 2009; Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

A inserção do homem na prática da saúde sexual e reprodutiva foi “imposta” aos serviços de saúde, a partir do aparecimento da aids, de forma especial, e também com o aumento da visibilidade da violência contra a mulher nas relações de gênero. O desequilíbrio nas decisões e cuidados relativos à prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e no planejamento reprodutivo - resultantes da relação assimétrica de poder - também preocupam a área de saúde pública (Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

A saúde do homem, enquanto uma nova política de saúde, preconiza a superação do modelo “mulher & saúde” - mulher ainda representada como mãe ou potencialmente grávida -

para um paradigma de “gênero & saúde”. Busca sair do enfoque do risco à saúde da mulher, em direção à saúde como satisfação das necessidades humanas – com uma equidade de gênero na área de saúde (Gomes, 2003). No momento em que se abordam as relações entre a subjetividade dos homens e como esta repercute sobre sua saúde, espera-se tornar claro que homens e mulheres têm necessidades que devem ser vistas tanto singularmente quanto em suas relações e sua cultura e, neste contexto, a saúde sexual torna-se uma área de fundamental importância (Braz, 2005).

De acordo com Araújo & Leitão (2005), no caso específico da assistência às DST/aids, os homens procuram muito mais as farmácias da rede privada do que as unidades de saúde na fase aguda da doença. Percebe-se um despreparo dos serviços públicos de saúde para o atendimento ao homem, tanto em relação ao horário de funcionamento dos serviços de atenção primária em saúde, quanto na abordagem do homem, tendo em vista suas especificidades e dificuldades.

Com relação ao acesso do homem aos serviços de saúde, Gomes, Nascimento & Araújo (2007) demonstraram que os homens procuram menos os serviços de assistência à saúde do que as mulheres, em pesquisa realizada no Rio de Janeiro. A pesquisa abordava os motivos pelos quais os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres e os resultados apontaram para a representação do “cuidar” como tarefa feminina, bem como para as questões relacionadas ao horário de trabalho e à dificuldade no acesso aos serviços, além da inexistência de unidades específicas para o atendimento do homem.

Neste sentido, entende-se que a Política de Saúde do Homem deverá considerar os aspectos psicossociais ligados à masculinidade, para que sua implantação aconteça de fato, ou seja, que ocorra a ampliação do acesso do homem aos serviços de atenção primária. Tal Política acompanha as mudanças que vêm ocorrendo nas relações sociais de gênero, tendo em vista a inserção do homem nos serviços de saúde e a redução das iniquidades de gênero em

saúde, o que têm contribuído para a sobremortalidade masculina observada ao longo do tempo (Carrara, 2010; Sabo & Gordon, 1995).

O que ainda não se sabe ainda é se quando se coloca o homem em uma situação de vulnerabilidade, não própria de sua identidade, na perspectiva da política de saúde, mesmo que passando por um momento de transição da masculinidade, como já referenciado anteriormente, até que ponto os resultados desejados de redução da morbimortalidade serão alcançados e que conseqüências tais mudanças poderão resultar na subjetividade dos homens (Carrara, 2010).

Buscamos falar um pouco da sexualidade masculina relacionada à saúde, trazendo o momento histórico que vivemos, de implantação da área técnica de saúde do homem e desenvolvimento das políticas de saúde do homem. O capítulo seguinte abordará a sífilis, na perspectiva histórica, biológica e social.

A SÍFILIS

O estudo da sífilis será desenvolvido, trazendo um pouco de sua história, falando sobre a doença no ponto de vista biológico e social e apresentando as políticas de saúde que se relacionam com a sífilis. Tais reflexões buscam uma melhor compreensão de nosso objeto de pesquisa, a *sífilis*.

2.1- Um pouco da história

A história da sífilis traz contribuições relevantes para o seu estudo, para a melhor compreensão dos fenômenos que se associam à doença. Neste tópico faz-se uma retomada de aspectos considerados importantes na história da sífilis como sua descoberta e o questionamento até os nossos dias sobre sua origem, como a criação da especialidade de Sifilografia e a descoberta de um tratamento efetivo, a partir da penicilina.

A primeira epidemia de sífilis, relatada na história médica, apareceu quando o rei francês Carlos VIII invadiu a Itália e conquistou Nápoles em 1495. Seus mercenários, após praticarem relações sexuais com a população local, ficaram infectados e espalharam rapidamente a sífilis pela Europa. A doença, incurável naquele momento, de difícil diagnóstico (facilmente confundida com outras doenças, inclusive com a hanseníase), tratava-se de uma treponematose – doença causada por bactérias do tipo treponema - de alta virulência, isto é, o agente etiológico apresentava um comportamento bastante agressivo, naquele momento, que resultava em uma forma grave da doença, com altos índices de mortalidade (Souza, Codinha & Cunha, 2006).

Por séculos, considerou-se que a sífilis apareceu no mundo naquele período. No entanto, há controvérsias quanto ao período e local de sua origem até os nossos dias. Muitos

estudos têm sido realizados em ossos humanos para a confirmação dessa data. (Souza, Codinha & Cunha, 2006).

Diversas pesquisas atuais têm demonstrado que a sífilis já existia no mundo em período bastante anterior ao considerado oficialmente como seu surgimento – ano 1495. Atualmente são consideradas três hipóteses para o surgimento da sífilis, sendo que a mais plausível data de 5.000 a 16.500 anos atrás:

- **Hipótese colombiana:** sustenta que a sífilis emergiu nas Américas há cerca de 500 anos, sendo levada para a Europa pelos colonizadores europeus;
- **Hipótese pré-colombiana:** defende a idéia que a sífilis e outras treponematoses já estava presente tanto no Velho Mundo quanto no Novo, milhares de anos antes das Grandes Navegações, sendo os primeiros casos da doença, seriam originários da África ou Ásia a cerca de dezessete mil anos. A hipótese pré-colombiana tem sido atualmente a mais aceita e, muitas pesquisas têm sido realizadas em especial na área de genética com os treponemas;
- Há ainda uma terceira hipótese que advoga a existência de doenças causadas por treponemas desde sempre, afetando diferentes grupos sociais ao longo da história, os quais apresentavam a doença de forma diferenciada (Melo, Mello, Fraga, Nunes, Eggers, 2010).

Após sua descoberta oficial – momento em que a doença se disseminou na Europa, gerando grande preocupação no mundo no final do século XV, a sífilis foi negligenciada por vários séculos, em um verdadeiro “pacto de silêncio” que não previa a necessidade de erradicação da doença. Isto provavelmente se devia ao fato de sua disseminação ser vinculada

à prática da prostituição e, portanto, considerada como um “**mal necessário**” para punir os desviantes da norma (Carrara, 1996).

A prostituição, considerada como “a mais antiga profissão”, não tem sua história tão bem documentada. Há diversas hipóteses formuladas a respeito de sua origem, que envolvem inclusive rituais sagrados. O Código babilônico de Hamurabi – 1700 a.C. – traz as primeiras referências acerca das “casas cerveja” mantidas por mulheres, que possivelmente se tratariam de bordéis. Parece que historicamente houve uma indiferença ou até uma tolerância legal a essa prática, embora marginalizada em grande parte das sociedades (Gregersen, 1983).

Assim como a aids aparece, nos dias atuais, associada a grupos considerados minoritários marginalizados, a sífilis era associada a **mulheres negras e prostitutas**, as quais seriam as “culpadas” pela transmissão da doença por serem dotadas de uma suposta sexualidade desenfreada. As mulheres negras, geralmente, eram representadas como hipersexualizadas e com apetite sexual primitivo, sendo ainda consideradas como portadoras de uma “genitália primitiva”. Acreditava-se que estas mulheres copulavam com animais, o que relacionava a sífilis com fantasias ligadas à bestialidade, à sujeira (Joffe, 2008).

Após séculos de negligência ou negação da sífilis, a partir de meados do século XIX, ela ressurge sem estar associada ao caráter ético-místico que então a revestia. Neste momento, os fenômenos relativos à sexualidade e à reprodução estavam colocados em evidência, aliado ao recuo da autoridade da Igreja e frente aos progressos da ciência, em especial da área de bacteriologia. A percepção da gravidade da doença, que chegou a ser considerada, naquele momento, “a causa de todos os males”, ocorre, à princípio, no meio científico, passando posteriormente a ser partilhada pelo senso comum, como pode ser visto a seguir, no fragmento da obra literária, do escritor francês Georges Charles Huysmans (1884).

... “Então, o sangue gelou-se-lhe nas veias e ele ficou imobilizado de horror. A figura ambígua, assexuada, era verde e abria pálpebras violetas pondo à mostra

olhos de um azul claro, frios, terríveis; borbulhas circundavam-lhe a boca; braços extraordinariamente magros, braços de esqueleto, nus até os cotovelos, surgiam de punhos esfarrapados, tremendo de febre, e as coxas descarnadas tiritavam dentro das botas de cano longo e dilatado, demasiado largas... E de pronto, compreendeu o sentido da espantosa visão. Tinha diante dos olhos a imagem da Grande Sífilis.” (Huysmans, 1884, conforme citado por Carrara, 1996).

A doença passa, então, a ser vista como o “perigo venéreo” mobilizando a sociedade brasileira para a “luta anti-venérea” (Carrara, 1996; Milanez & Amaral, 2008). Segundo Carrara, houve um grande movimento mundial e brasileiro dos médicos em torno da sífilis, que resulta na criação de uma especialidade médica e uma cátedra universitária: a “**Sifilografia**”. Em geral era ligada à Dermatologia, como no Brasil, que cria a **Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia**, em 1912, sendo a Sifilografia uma subespecialidade que subsistiu como tal até a década de 1940. Tal movimento médico, em prol da nova especialidade, pode ser observado na fala de Sir William Osler, médico sifilógrafo que viveu no período de 1849 a 1919: - “*He knows who syphilis, knows medicine.*” (conforme citado por Saraceni, Leal & Hartz, 2005).

Foi bastante notável o esforço dos sifilógrafos brasileiros em provar que a sífilis não se originou no Brasil, apesar das grandes epidemias que o país enfrentou levando médicos e escritores a afirmarem que o Brasil não “**civilizou-se**”, mas “**sifilizou-se**”. Na realidade, a sífilis passa até os nossos dias por uma constante “**crise de identidade**”, ou seja, nenhum país aceita sediar sua origem. Ela é sempre considerada “**doença do outro**”, “**do estrangeiro**”. Desta forma, a sífilis já teve inúmeros nomes como *mal norte-americano*, *mal gálico*, *mal napolitano*, *mal escocês*, *mal germânico*, *mal turco*, *mal português*, entre outros. Tal situação evidencia o grande preconceito em relação à doença, que nem mesmo com a “permissão” para

seu estudo e para o desenvolvimento das políticas públicas, após o século XIX, deixou de representar um sinal de decadência e imoralidade (Carrara, 1996).

Os aspectos históricos, aqui enfocados, são considerados de extrema relevância para o desenvolvimento do presente estudo, tendo em vista a sua possível repercussão no controle da sífilis, nos dias atuais. A seguir serão apresentados os aspectos biológicos da sífilis.

2.2- A doença

A transmissão, os sinais e sintomas clínicos e um pouco da epidemiologia da sífilis serão apresentados neste tópico, tendo em vista a importância de suas características para o desenvolvimento deste estudo.

A sífilis, na abordagem biológica, é uma doença infecciosa crônica, sistêmica, com curso sujeito a surtos de agudização e longos períodos de latência, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Este patógeno – exclusivo do ser humano, descoberto no início do século XX, é transmitido na forma adquirida da doença, principalmente, por via sexual. Sua transmissão vertical ocorre via transplacentária, da mãe para o feto, e pela via do canal do parto, resultando na forma congênita da doença (Avelleira & Bottino, 2006; Milanez & Amaral, 2008).

A disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* pela placenta da mãe infectada para o feto, pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio da doença materna. Esta forma da infecção pode resultar em abortamento, óbito fetal ou morte neonatal em cerca de 40% dos conceptos. Ainda, pode ocorrer o nascimento de crianças com sífilis congênita, isto é, doença sistêmica com manifestações clínicas diversas. (Brasil, 2006; Avelleira & Bottino, 2006). Quando a doença materna é adequada e precocemente tratada na gestação, a sífilis congênita pode ser prevenida ou não apresentar seqüelas na criança (Ramos

e cols., 2007). Porém, apenas considera-se a doença “adequadamente tratada”, se o parceiro sexual da gestante também recebe tratamento, pois caso contrário, há risco de reinfecção após o tratamento da gestante.

A história natural da doença, no caso da sífilis adquirida - já descrita desde o início do século passado - alterna períodos de atividade e períodos de latência, podendo existir, ainda, formas assintomáticas da doença. Tais características podem dificultar a identificação da doença para o próprio doente, com base em sinais clínicos considerados “externos”. As fases descritas a seguir, nem sempre estão presentes em todos os casos e as manifestações clínicas, podem diferir, de acordo com as características do hospedeiro e a virulência do treponema (Avelleira & Bottino, 2006).

A sífilis primária se manifesta por uma lesão específica, o cancro duro, em geral, único, indolor que surge no local de inoculação do treponema – genitália masculina ou feminina, cavidade bucal e ânus - cerca de três semanas após o contato. Esta lesão desaparece espontaneamente por volta de quinze dias, com ou sem tratamento. A sífilis secundária pode aparecer cerca de oito semanas após o cancro duro, acometendo a pele e órgãos internos, de acordo com a distribuição do treponema. A sífilis terciária pode desenvolver lesões graves na pele e mucosas, no sistema cardio-vascular e sistema nervoso - neurosífilis (Costa, 1938; Silveira, Belda, Siqueira & Santos Jr., 1987).

A evolução terapêutica da sífilis ocorreu de forma lenta, a partir da utilização de medicamentos altamente tóxicos para o paciente, como compostos mercuriais e compostos à base de arsênico, até o advento da penicilina, em meados do século XX (Saraceni, Leal & Hartz, 2005). Houve, então, a partir de 1943, o estabelecimento de um tratamento efetivo para a doença, resultando numa redução abrupta em sua incidência e mortalidade no mundo. O mesmo tratamento tem sido utilizado até nossos dias, com alta eficácia, por meio de doses que

variam de acordo com o estágio clínico e tempo de evolução da doença (Avelleira & Bottino, 2006; Milanez & Amaral, 2008; Walker & Walker, 2007).

A sífilis, denominada por Carrara (1996) de “*a vedete decadente*”, passou após o estabelecimento do tratamento com penicilina, a ser considerada como uma “doença do passado”, que persistia apenas em regiões mais pobres do mundo e, portanto, poderia ser negligenciada (Walker & Walker, 2007).

Apesar da sífilis contar com uma terapêutica estabelecida há tantos anos e de baixo custo, tem se observado a (re)emergência da doença nos países industrializados, enquanto nos países em desenvolvimento a sífilis nunca deixou de ser um problema de saúde pública. A partir da década de 1960 e mais intensamente na década de 1980, seus índices voltaram a crescer no mundo, sendo que a grande preocupação da área de saúde se deve, principalmente, à forma congênita da doença (Milanez & Amaral, 2008; Ramos e cols., 2007).

No Reino Unido, o número de bebês nascidos com sífilis congênita passou de 2 casos em 1996 para 14 em 2005 - taxa de 0,019 por 1.000 nascidos vivos. Na Rússia o número passou de 29 casos de sífilis congênita em 1991 para 743 em 1999 - taxa de 0,085 por 1.000 nascidos vivos (Walker & Walker, 2007).

No Brasil, e em várias partes do mundo, a **sífilis congênita** permanece na lista de doenças prioritárias, sendo que seu controle tem apresentado níveis piores do que a transmissão vertical da aids (Matida & Gianna, 2008). Em 2003, a taxa de sífilis congênita no Brasil foi de 1,5 por 1.000 nascidos vivos, portanto mais alta em relação aos países desenvolvidos e com fortes indícios de sub-notificação, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (exceto Distrito Federal - DF). No Estudo “Sentinela Parturiente”, realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde, encontrou-se que 1,6% das gestantes estavam infectadas no Brasil, isto em um país com aproximadamente 96% de cobertura de pré-natal e com estimativa de 937.000 casos de sífilis para o ano 2008 (Brasil, 2005; Brasil, 2008).

Pode-se entender, após exposição dos aspectos biológicos relevantes a este estudo, que a erradicação da sífilis congênita, embora factível na perspectiva biológica, caracteriza-se como um grande desafio nos dias atuais e que suas respostas extrapolam a referida perspectiva. A seguir será abordada a sexualidade e sua relação com a sífilis na perspectiva de grupos sociais.

2.3-A Sífilis como doença sexual no contexto das relações grupais

As relações grupais e aspectos relacionados à sexualidade que aparecem nestas relações são fundamentais para o estudo da sífilis, tendo em vista as características da doença. Neste tópico serão estudados aspectos relacionados à identidade social, ao preconceito em relação a doenças sexualmente transmissíveis, em especial à sífilis, trazendo também aspectos históricos ligados às práticas sexuais.

A sífilis, com seu caráter venéreo, assim como a aids, trouxe à tona uma série de preconceitos morais, ligados à sexualidade. A sífilis congênita, que tanto tem sido alvo de preocupação da gestão em saúde pública no mundo, na realidade é apenas um reflexo da sífilis adquirida em adultos, a qual, apesar de aparecer com menor gravidade nas últimas décadas e com tendência de redução na mortalidade, tem sido sub-notificada e, de certa forma, desvalorizada (Lima, 2002; Sevalho, 1993).

O que parece perpetuar, desde sua descoberta até os nossos dias, é que há classes de doentes, ou seja, aqueles que contraíram a doença por meio de relações sexuais consideradas ilícitas eram considerados “culpados” e, portanto, merecedores do castigo, enquanto os que a contraíram de outras formas como as esposas, os filhos – sífilis congênita – eram considerados “inocentes” (Carrara, 1996).

Fenômeno semelhante ocorre com a aids em nossos dias, conforme pesquisa de Galvão (2009), que aprofunda a origem de tal fenômeno na *themata* “puro” e “impuro” e sua relação com a elaboração de representações sociais da aids. Grupos e indivíduos, desta forma, podem ser estigmatizados, simplesmente por possuírem características que são desvalorizadas por um grupo social. No caso da infecção pelo vírus HIV, as pessoas tendem a uma atitude mais negativa quando a causa da infecção se deu devido a um comportamento sexual considerado “promíscuo”, situação semelhante à da sífilis.

A alteridade traça linhas de divisão social em nossa sociedade, podendo ser entendida como uma tendência natural e social de distinção do “eu e meu grupo” do “resto”, onde o “outro” se reduz a uma forma vazia de características identitárias. O processo de colocação em alteridade – “aquilo que não sou e nem os meus” – é construído a partir de uma negatividade. Nas relações sociais, este processo permite o jogo da diferenciação e o trabalho de alienação. A alteridade e o seu *status* social podem ser construídos a partir da representação da doença e do seu estado, como aconteceu com os “doentes mentais” em regime de internação, de *Ainay-le-Château*, que passaram a viver na comunidade como parte da Reforma Psiquiátrica na França (Jodelet, 2005).

A identidade social – que também agrega grupos de “doentes” - pode ser resultante de pertença a diversos grupos sociais ou da comparação que o indivíduo estabelece entre grupos aos quais pertence (endogrupo) ou que considera alheio a ele (exogrupo), comportando estereótipos, preconceito e discriminação. A categorização se constitui em um dos processos básicos pelo qual é construída a identidade social. Estas categorias se estabelecem pelas relações de poder e *status* desiguais, sendo que uma categoria só existe em oposição a outras (Álvaro & Garrido, 2006).

Há uma íntima relação entre o processo de **categorização social**, que cria e define o lugar do indivíduo na sociedade, e o processo de **comparação social**, que atribui caráter de

realidade objetiva à categorização, por se basear na pertença do indivíduo a determinado grupo concreto. A percepção do sujeito e das suas diferenças em relação a outros grupos – incluindo impressões e valores nestas diferenças – dá significado às características do endogrupo (Tajfel, 1982).

A comparação intergrupos é utilizada na construção dos estereótipos, os quais se formam desde a infância, sendo assimilados no contexto da transmissão social. Esta assimilação ocorre pela internalização de valores e normas sociais intra e intergrupos, nas relações sociais que ocorrem no cotidiano e no contexto cultural no qual o indivíduo se insere (Tajfel, 1982).

Enquanto integrante de diversos grupos sociais e autor de relações sociais, o indivíduo busca a coerência e a compreensão na atribuição de causalidade às mudanças sociais intra e intergrupos que ocorrem no cotidiano. Tais atribuições visam à preservação de seu auto-conceito e à integridade do *self*, em situações de mudança e conflito. São atribuídas causas às características inerentes ao grupo de pertença, deslocando a responsabilidade de mudanças do indivíduo para o endogrupo ou para o exogrupo, conforme a situação, e mantendo a coerência nas relações sociais (Tajfel, 1982).

A avaliação de um indivíduo relativa ao grupo do qual faz parte resulta da comparação com outros grupos e contribui para a auto-avaliação. O favoritismo do próprio grupo e a discriminação de membros de outros grupos reforça a identidade individual. A identidade social, mais do que um construto cognitivo tem significado emocional, carregado de valores, ligado ao favoritismo ou ao preconceito/ discriminação (Taylor & Moghaddam, 1994).

O preconceito pode ser considerado como uma atitude intolerante ou negativa que engloba significações, distorções e erros, em relação a determinado grupo de indivíduos, ocorrendo, principalmente, a partir de estereótipos – componente cognitivo. Designa crenças

mantidas a respeito de um objeto, em geral, do qual se tem pouca informação e, sobre as quais não refletimos. A categorização de grupos, aliadas a estereótipos e à comparação social pressupõe preconceito (Moscovici, 2009).

Doenças como a sífilis e a aids geram representações que se relacionam a estereótipos ligados à promiscuidade, em especial na vinculação destas doenças com a prostituição e a homossexualidade masculina, respectivamente. Tal situação concede ao termo “*sifilítico*” uma série de preconceitos e desvalorização moral. Este é o caso de várias doenças relacionadas a uma prática sexual, como a sífilis, que permaneceu com sua causa específica, de cunho microbiológico e seu tratamento efetivo, encobertos durante séculos. Para Moscovici (2005b), a segregação em relação ao doente, pode gerar uma violência cognitiva própria do social que consiste no tratamento do “outro” em relação a “mim” e “às minhas categorias”.

Historicamente, observam-se determinados grupos para os quais parece ser legítimo infligir sofrimentos e humilhações, seja em razão de seu sexo, raça, religião, profissão (como no caso das prostitutas) e até mesmo de diagnóstico de determinada doença. Para Moscovici (2009), a sociedade considera que estes grupos podem ser discriminados sem reservas, explicando o menosprezo e aviltamento em relação aos diferentes.

O preconceito e a própria desvalorização da sífilis e, portanto, do doente de sífilis, pode relacionar-se com as representações da sexualidade. Durante séculos, os historiadores estudaram as guerras, dinheiro, leis, religião, entre outros tantos temas relevantes à história. A sexualidade, porém, permaneceu na obscuridade, representando um tabu intelectual; obscuridade que passa a ser dissipada apenas nos últimos anos (Richards, 1993).

A sexualidade pode ser considerado como um dos aspectos mais importantes da vida humana, tendo em vista a perpetuação das espécies. Começou como uma adaptação biológica de instintos naturais, porém, constituiu-se em ponto focal para códigos sociais e

morais em todas as culturas, sendo influenciado fundamentalmente pela religião e pelas artes e participando de complexos sistemas simbólicos (Gregersen, 1983).

A atividade sexual, enquanto objeto de apreciação moral e de diferenciação, é percebida como natural, uma vez que ela permite a perpetuação da espécie. Ancora-se na natureza, tendo relação com o “bem” e com o “mal”. Porém, considera-se o prazer sexual qualitativamente inferior, pois é comum aos animais e aos homens, não se constituindo marca específica destes últimos; porque se misturam à privação e ao sofrimento, diferentemente dos prazeres obtidos pela visão e audição; porque é dependente do corpo e suas necessidades e porque é destinado a restabelecer o organismo em seu estado anterior à necessidade. Ou seja, trata-se de um prazer “condicionado”, “subordinado” e “inferior”, no entanto, de extrema vivacidade, segundo Platão. No pensamento grego clássico esta força é por natureza excessiva e a questão moral gira em torno de saber dominá-la (Foucault, 2009).

A atividade sexual humana é, em grande parte, aprendida e não totalmente biológica ou instintiva. Em torno dela são construídas racionalizações, muitas vezes de considerável complicação simbólica. Muitas culturas permanecem com crenças diversificadas em relação ao sexo, como “sociedades que julgam ser a menstruação causada pela prática de relações sexuais” ou, que “uma criança pode ser formada apenas a partir do sangue da mãe, sem a participação do pai” ou que “não se engravida na primeira relação sexual”, entre muitas outras. O desconhecimento de fatos básicos relativos ao sexo, mesmo após o desenvolvimento de tecnologias científicas, as quais têm erradicado muitas crenças, observa-se a manutenção de alguns mitos a esse respeito (Gregersen, 1983).

Na perspectiva histórica, observa-se na Antiguidade, a assimetria na reflexão moral que aparece sobre o comportamento sexual e nas relações de gênero: as mulheres eram adstritas, salvo no caso das cortesãs que alcançavam a liberdade por seu “*status*”, com obrigações estritas. Trata-se de uma moral de homens, pensada, ensinada e endereçada a

homens livres, onde as mulheres aparecem apenas como objetos sexuais e no máximo como parceiras, ou seja, uma elaboração de conduta masculina carregada de preconceito em relação à mulher (Foucault, 2009).

Na doutrina cristã da carne, o prazer tem sua força na queda e na falta que marca a natureza humana. O cristianismo associa a atividade sexual ao mal, ao pecado, à morte, delimitando o sexo ao parceiro legítimo, ao casamento monogâmico e à finalidade procriadora. O comportamento sexual passa a ser normatizado pelo Clero na Idade Média, fazendo apologia à abstinência rigorosa, à castidade permanente e à virgindade. A mulher e a relação com a mulher marcam os tempos de forte reflexão moral sobre os prazeres sexuais, tanto sob o tema da virgindade, quanto da importância do matrimônio e das relações de poder entre os cônjuges. Tal paradigma não comporta em seu bojo a prática da prostituição, tornando-a marginalizada ou negada (Foucault, 2009).

Na Idade Média, momento em que ocorre uma maior preocupação com a sexualidade, a Igreja passa a normatizar o sexo e a sexualidade, por meio de seu domínio sobre a vida moral e espiritual das pessoas. Ela especifica quais atos sexuais as pessoas poderiam praticar, onde, quando e com quem. Neste período, embora Cristo não tenha dito nada sobre o “pecado original”, a Igreja passa a vincular o pecado de Adão e Eva à descoberta do sexo. No século XII, a Igreja assume o controle legal, moral e organizacional do casamento, transferindo a cerimônia do casamento, da residência dos noivos para a igreja. O casamento passa a existir para gerar filhos e o sexo é encarado como algo essencialmente vergonhoso (Richards, 1993).

A prostituição feminina do mundo moderno floresceu na Europa, onde havia inclusive bordéis reconhecidos mundialmente por sua elegância. No final do século XVIII, devido à epidemia de sífilis do século anterior, iniciou-se a avaliação médica periódica das prostitutas, período em que os bordéis franceses foram regulamentados. Já no século XIX,

inicia-se um movimento de erradicação da prostituição, influenciada pela visão higienista do período, que culmina com o fechamento dos bordéis regulamentados. Apesar da perseguição em diversos momentos, jamais se eliminou a prostituição da humanidade, a qual tem sobrevivido inclusive à liberação sexual do mundo ocidental nos dias atuais. Apesar de sobreviver, a prática da prostituição traz consigo uma história marcada por preconceito e discriminação (Gregersen, 1983).

O comportamento sexual, desta forma, aparece como objeto de interdições fundamentais, cuja transgressão é considerada falta grave, nas diversas sociedades. Aparece como objeto de preocupação moral, de diferentes formas ao longo da história, que se relacionam também com a prática da prostituição. Por moral, entende-se um conjunto de valores e regras de ações propostas aos indivíduos e grupos por meio de diferentes aparelhos prescritivos, como família, instituições de educação, igrejas, e a medicina. Entende-se também, como o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores propostos, ou seja, à forma como eles se submetem a um princípio de conduta, às interdições e prescrições (Foucault, 2009).

A relação sexual e a sexualidade em si podem ser vistas, historicamente, como uma relação social que envolve relações de poder, hierarquias, expectativas e significados sociais. Na sexualidade se atualizam as identidades de gênero, pertencas e trajetórias sociais. Na perspectiva social, o indivíduo é levado a agir de acordo com uma série de disposições pré-estabelecidas e fundamentadas em representações sociais (Leal & Knauth, 2006).

Somente no início do século XIX, no entanto, se constitui nas sociedades ocidentais, a noção de sexualidade trazida pela ciência. Segundo Foucault (2009), o termo surgiu tardiamente, não marcando a brusca emergência do seu objeto. O termo foi utilizado em relação a outros fenômenos como o desenvolvimento científico, em especial, biológico e social, a instauração de um conjunto de regras e normas apoiadas em instituições religiosas,

judiciárias, pedagógicas e médicas e, mudanças sociais características de um período de transição, que envolviam sentidos e valores relacionados a condutas, deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos.

Desta forma, o estudo dos significados atribuídos socialmente à sexualidade e ao comportamento sexual, aqui abordado, é fundamental para a compreensão de aspectos não-biológicos relacionados às doenças advindas das práticas sexuais, em especial, aqueles que se relacionam com a sífilis. Em seguida, a sífilis será abordada na perspectiva de um problema de saúde pública.

2.4- A sífilis como problema atual de saúde pública

As políticas de saúde relacionadas à sífilis como a prevenção de DST/ aids, apontando para a utilização de preservativos como principal forma de controle das doenças, a tentativa de se esboçar algum tipo de comparação entre a sífilis e a aids e a preocupação recente da abordagem do homem tendo em vista o controle da sífilis serão apresentadas neste tópico.

Nos dias atuais, em termos de identidade cultural, pode-se dizer que poucas sociedades conferem tanta importância à sexualidade, sendo o Brasil, caracterizado por sua “cultura sexual”. O imaginário sexual vinculado à identidade cultural do brasileiro atua simbolicamente como uma interação sexual que se aproxima de uma metáfora, sendo que autores como Barbosa e Aquino (2003) chegam a afirmar que a sexualidade faz parte da própria formação do povo brasileiro.

A preocupação com a sexualidade na área de saúde pública atende, historicamente, a demandas específicas como a reprodução e a disseminação de DST, com pouca preocupação para disfunções sexuais entre outros agravos referentes à sexualidade. Na formulação de

políticas de saúde no Brasil, o planejamento reprodutivo e a prevenção das DSTs vem sendo tratados de forma fragmentada, embora a contracepção realizada com métodos de barreira – o preservativo - coincida com o método mais eficaz de se evitar DST (Madureira & Trentini, 2008).

A visão de que a gravidez ocorre no corpo feminino, sendo função exclusiva da mulher administrá-la ainda é comum no campo da saúde e na própria sociedade. A política de controle populacional desenvolvida no Brasil, a partir da década de 1970, privilegiava métodos contraceptivos que dispensavam a participação do parceiro, desqualificando a utilização de métodos de barreira, como o preservativo. Apenas com o aparecimento da aids, o comportamento sexual masculino foi colocado em evidência e o preservativo masculino valorizado como principal forma de prevenção (Berquó, Barbosa & Lima, 2008; Madureira & Trentini, 2008).

Os preservativos masculinos têm sido utilizados há vários séculos. Desde a cultura egípcia antiga, observa-se em fragmentos de artes, homens com um envoltório sobre o pênis. Sua primeira descrição, no entanto, surge em 1564 – período após a primeira epidemia de sífilis – quando o médico Fallopio disse que um envoltório de linho sobre o pênis durante a relação sexual impedia a disseminação da doença (Brasil, 1997).

Desde o final do século XVII, os preservativos já eram comercializados na Europa, produzidos com membrana de intestinos de animais, porém eram caros e pouco confortáveis. Os preservativos de borracha começaram a ser produzidos na metade do século XIX e, a partir de então, sua produção é feita em escala industrial. Apesar de contrário à ordem moral vigente - taxado como imoral e contrário aos bons costumes, além de prejudicial à saúde - seu uso foi amplamente difundido. Foi com o advento do látex que a comercialização em massa se iniciou, com há um salto de qualidade dos produtos. Atualmente, a Organização Mundial de

Saúde considera o preservativo como o único meio de proteção contra a transmissão do vírus da aids e para a prevenção de DST (Brasil, 1997).

Com relação ao uso de preservativos, observa-se, em nossa cultura, uma vinculação entre o uso do preservativo e a “fidelidade/infidelidade”, a “confiança/desconfiança” e o “sexo lícito/ilícito”, sendo considerado elemento estranho na relação conjugal. A negociação do uso do preservativo torna-se difícil, permeada por valores ligados à questão da confiança e carregado de valores negativos. Em pesquisa realizada por Madureira e Trentini (2008), sobre atitude dos homens em relação ao preservativo, foram encontradas as seguintes categorias: “preservativo somente para evitar a gravidez”, “preservativo com a esposa denuncia traição”, “o preservativo deve ser usado fora de casa”, “nunca usei preservativo”, “sexo seguro”. Observou-se que na prevenção de DSTs, as crenças, valores, mitos e estereótipos estão fortemente presentes, interferindo diretamente no controle destas doenças.

Observa-se, na atualidade, uma hipervalorização da aids que parece ter colocado outras doenças sexualmente transmissíveis em um segundo plano. O aparecimento da aids, na década de 1980, provocou grande comoção no mundo, encontrando-se nos meios de comunicação expressões relativas à aids semelhantes às aquelas evocadas para a sífilis, anteriormente. Ancorada por significações moralista, a aids torna-se sinônimo de uma sociedade julgada permissiva e por isso mesmo as pessoas portadoras do vírus HIV são “condenadas por suas condutas sexuais degeneradas”. Observa-se na sociedade, nos diferentes períodos – sífilis e aids – um retorno aos valores familiares tradicionais visando à garantia de uma ordem moral que a proteja contra as doenças. Esta visão traz à doença um estigma social, tornando os doentes, pessoas excluídas (Jodelet, 2001).

A transmissão biológica, pelo sangue e fluidos sexuais dá lugar a visões biologicistas ainda mais inquietantes, colocando a saliva e o suor no imaginário popular como fontes de contágio. Tais crenças de contaminação por osmose de líquidos corporais, presentes

até mesmo em objetos de uso pessoal, encontram vestígios na teoria dos humores de Hipócrates. No caso da sífilis, essas crenças conduziram a aberrações, com médicos afirmando a existência do contágio de “inocentes”, pelo simples descuido (Jodelet, 2001).

É certo que o grande número de falso-positivos, no início da era de testagens sorológicas para sífilis – Teste de Wassermann descoberto em 1906 (1º teste efetivo para testagem da sífilis) – levou muitas pessoas a carregarem o estigma de “sifilítico” de forma indevida (Carrara, 1997).

O fato de se dar sentido a uma doença qualquer, de forma especial à sífilis, parece ter um cunho punitivo, pois em geral este sentido, segundo Sontag (2007), é de ordem moralista. As doenças de causalidade desconhecida – tenebrosa - e com tratamento ineficaz, decomposição, decadência, contaminação e fraqueza são associados à doença, tornando-a, em si mesma, uma metáfora. No caso da sífilis, desde sua descoberta, sua causa foi vinculada ao comportamento sexual. Além disto, sua causalidade, oposta à ordem moral, a desqualifica e a estigmatiza, tornando, por esta razão, a perspectiva psicossocial uma abordagem indispensável no estudo da sífilis.

Segundo a Sociedade Brasileira de DST, a qual definiu o tema “**Homem, faça o exame de sífilis**” para o ano 2008, a resposta eficaz para a eliminação da sífilis congênita, entendendo a importância da conscientização do homem para o problema da sífilis congênita, não virá apenas da área de saúde, mas dos diversos atores sociais e outras áreas do conhecimento (Brasil, 2008).

Após a abordagem da sífilis como problema de saúde pública que persiste nos dias atuais, será abordada, no próximo capítulo a Teoria das Representações Sociais como modelo teórico capaz de aglutinar todos os conceitos apresentados até o momento, ao propor pesquisas científicas que forneçam possíveis respostas a questões de cunho social que pairam no âmbito das práticas de saúde, com relação às doenças e de forma especial, à sífilis.

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais, apresentada por Serge Moscovici em 1961, referencial teórico que orientará o presente estudo, será apresentada neste capítulo, o qual também abordará o fenômeno de representação social e a estrutura das representações sociais, fundamentais para o estudo do conteúdo destas representações, tendo em vista a proposta deste estudo de conhecer as representações sociais da sífilis.

3.1- A Grande Teoria

Para o entendimento da perspectiva teórica que norteará esta pesquisa, é necessária a apresentação da Teoria das Representações Sociais, ainda que de forma sucinta, retomando um pouco de seu histórico, ao longo de 50 anos de sua existência até os dias atuais e pontuando aspectos teóricos fundamentais para as análises do presente estudo.

O termo “*représentation*” é conhecido no idioma francês desde o século XIII. Possui um sentido polissêmico que se refere a atividades mentais como produção de imagens, símbolos, demonstrações gráficas, entre outras, apontando para características sociais, dialógicas e dinâmicas. Poderia ser considerado como “pensamentos em movimento”, sentido que não teve grandes alterações ao longo do tempo. Já a partir do século XVIII, epistemólogos como Kant e Renouvier trazem um conceito de representação que se adequaria ao mundo moderno, surgindo a noção de representações socialmente compartilhadas (Marková, 2006).

Segundo Moscovici (2001), Weber já descreve um “saber comum” que paira sobre a mente dos indivíduos, capaz de predizer comportamentos, como se os programasse para essas

práticas. Apesar do caminho aberto para o estudo das representações, Durkheim (1968) foi o primeiro autor a propor a expressão “representação coletiva”, designando a especificidade do pensamento social em relação ao individual. Para ele, as representações designam uma série de formas mentais, opiniões e saberes. Porém, ele não aprofunda sobre as características cognitivas das representações coletivas, propondo sua abordagem pela Psicologia.

Enquanto Durkheim, no contexto positivista, privilegia o conhecimento científico em relação ao conhecimento do senso comum, propondo que as representações coletivas são em grande parte baseadas em crenças de natureza religiosa ou mítica, consideradas “errôneas”, Moscovici considera o conhecimento do senso comum como importante em sua relação com o desenvolvimento do conhecimento científico e como parte fundamental das sociedades (Marková, 2006).

A noção de representação coletiva, embora englobe fatores relativos à ciência, aos mitos e à ideologia, tem um caráter mais estático, que não se preocupa em explicar os processos que originariam essa pluralidade de modos de organização do pensamento. As sociedades contemporâneas com sua multiplicidade de sistemas políticos, religiosos, filosóficos, entre outros, os quais circulam com rapidez no mundo atual, possuem um caráter mais dinâmico (Almeida & Jodelet, 2009).

Moscovici (1961/1978) aprofunda a noção proposta por Durkheim, com mais rigor e com maior abrangência. Para ele, toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas e, portanto, uma “representação social” é a organização de imagens e linguagem, porque ela realça e simboliza atitudes e situações, tornando-as comuns.

Para Jodelet (2005), a representação significa um aspecto do mundo, para si mesmo ou para os outros; havendo, portanto, uma estreita imbricação entre as produções mentais e as dimensões materiais e funcionais da vida dos grupos. As representações podem ser vistas como uma forma de pensamento social, relacionado com os processos que afetam a vida e a

comunicação sociais, com os mecanismos que concorrem para a definição da identidade e a especificidade dos sujeitos sociais.

De acordo com Doise (2001), que propõe a abordagem societal da Teoria, as representações seriam tomadas de posição simbólicas, organizadas de diferentes formas, englobando opiniões, atitudes ou estereótipos, conforme sua implicação nas relações sociais. Pode-se dizer que em cada conjunto de relações sociais, as representações sociais atuam como princípios organizadores nas relações simbólicas entre os atores sociais.

Toda representação reestruturaria a realidade, permitindo a integração das características do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e normas. O objeto de representação está inserido num contexto ativo, sendo este concebido pela pessoa ou grupo, enquanto prolongamento do seu comportamento. Então, a representação seria uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou ao grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referências. Isto permite que o sujeito se adapte e encontre um lugar nesta realidade (Abric, 2001).

A Psicologia Social situa-se na interface do psicológico e do social, do individual e do coletivo. Inserida nesta área do conhecimento, a Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada por Moscovici em 1961 e apresentada em sua obra seminal: *La psychanalyse, son image et son public*, renova o interesse pelos fenômenos coletivos e pelas regras que regem o pensamento social (Abric, 1998).

A Teoria das Representações Sociais propõe superar o foco sobre o indivíduo que até então marcava a Psicologia Social, recuperando para ela o social, em uma abordagem psicossociológica. A forma sociológica da Psicologia Social desenvolvida na Europa, diferentemente da forma psicológica da Psicologia Social, cuja abordagem é mais individual, desenvolvida principalmente na América do Norte, enfatiza a continuidade entre o passado e

o presente, situando-se no *carrefour* entre o individual e social. As duas formas de Psicologia Social coexistem na atualidade, nem sempre de forma tão harmoniosa (Farr, 2008).

No Brasil, a TRS chega no início da década de 1980, sofrendo resistências tanto da Psicologia Social de cunho mais individual, quanto dos defensores da teoria marxista, embora tenha sido buscada por um segmento minoritário de seus adeptos. Porém, esta resistência não persistiu por muito tempo, tendo em vista as pesquisas que evidenciaram seu valor heurístico, expandindo-se para outras áreas do conhecimento como saúde, educação, comunicação, entre outras (Almeida, 2009).

A TRS traz uma nova abordagem dos fatos da cultura e da sociedade, aproximando a psicologia, a sociologia e a antropologia. Ela se aproxima dos homens, na medida em que estes trocam, opõem-se, trabalham juntos e representam essas trocas, oposições e trabalhos. Uma única representação social apresenta uma grande variedade de raciocínios, imagens e informações, formando um conjunto mais ou menos coerente. As representações sociais combinam várias áreas do conhecimento e da prática, assim como vários modos de pensamento (Moscovici, 2005a).

A TRS parte da premissa de que há diversas formas de conhecimento, embora com diferentes perspectivas, sendo duas delas importantes para o fenômeno de representação social: a consensual e a científica. A diferença entre elas não se traduz em hierarquia, mas em propósitos diferentes. O **universo consensual** é aquele que se constitui nas conversas informais, no cotidiano, enquanto o **universo reificado** é resultado do desenvolvimento da ciência, com sua linguagem própria, especializada. Os dois universos fazem parte da vida humana na atualidade, sendo, portanto, indispensáveis. No mundo atual, diferentemente das sociedades anteriores à era das grandes descobertas das ciências, é mais freqüente a construção de representações sociais na esfera consensual a partir de informações divulgadas pelo universo reificado. Assim, no meio científico, a especialidade define quem pode falar e

quando, enquanto no senso comum todos podem falar suas opiniões como “sábios amadores” (Arruda, 2002).

O presente estudo se desenvolverá à luz da TRS, tendo em vista a importante contribuição que poderá ser trazida para a elucidação dos fenômenos sociais que podem estar influenciando o controle efetivo da sífilis. Desta forma, foram trazidos neste tópico aspectos relevantes para tal estudo. A seguir será apresentado o fenômeno de representação social.

3.2- O fenômeno de representação social

Neste tópico será estudado o fenômeno de representação social, considerando o aparecimento deste fenômeno na sociedade moderna, os processos de ancoragem e objetivação, que ocorrem em sua gênese e serão apresentadas as funções das representações sociais.

O objeto de representação é carregado de significações que expressam as representações de um grupo específico. Elas circulam, sendo partilhadas pelos diferentes grupos, construindo uma visão consensual da realidade para cada grupo específico. São, portanto, fenômenos complexos ativados na perspectiva social, ricos em elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, além de serem repletos de crenças, valores, atitudes e opiniões (Jodelet, 2001).

O fenômeno de representação tem um caráter moderno, substituindo mitos e lendas na nossa sociedade, embora também incorpore estes mitos e lendas com valor histórico. As representações têm uma história, ao mesmo tempo em que a história nutre, alimenta, faz parte e pertence a várias representações. Esta dupla relação que as representações mantêm com a história tem como resultado a marca profunda da historicidade na natureza representacional,

bem como, a representação atua como vetor no passado coletivo. Este passado veicula além de fatos, formas de ser e de pensar (Paredes & Jodelet, 2009).

Para Moscovici (1961/78), uma representação fala, demonstra, comunica e exprime seu objeto, enquanto *corpus* organizado de conhecimento, sendo uma atividade psíquica que possibilita aos indivíduos tornar inteligível a realidade física e social, inserindo-se em um grupo ou relação de trocas e criando espaço para a imaginação. Os conteúdos da representação social, desta forma, se organizam em três dimensões essenciais: a **informação**, conjunto de conhecimentos relativos ao objeto representado; o **campo representacional**, que compreende a organização subjetiva destes conhecimentos que foram acessados pelo sujeito; a **atitude**, que corresponde à orientação dos indivíduos em relação ao objeto representado.

As representações possuem um componente cognitivo (informação), que pressupõe um sujeito ativo que possui uma “textura psicológica” submetida a regras que regem os processos cognitivos e, um componente social, que coloca em prática estes processos cognitivos, diretamente relacionados às condições sociais em que são elaboradas ou transmitidas as representações sociais (Abric, 2001).

A predisposição individual para endossar determinadas representações de um acontecimento emerge das experiências da infância associadas às da vida adulta, as quais interagem com imagens e significados incorporados pelos meios de comunicação, lendas e brincadeiras populares (Joffe, 2008).

No campo representacional, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente e a resposta sobre o estímulo. Na dinâmica de familiarização, os objetos, pessoas e acontecimentos não-familiares são compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas (Moscovici, 2005a).

A finalidade das representações é tornar familiar o que não é familiar, e até mesmo a própria não-familiaridade. O universo consensual é como “sentir-se em casa” para aquele

grupo. Tudo o que for dito ou feito nesse universo, confirma as crenças e significados adquiridos, ou seja, concorda mais do que contradiz as tradições do grupo. O não-familiar atrai e intriga as pessoas e grupos, ao mesmo tempo que as assusta, possuindo, porém, um caráter transitório. O “**re-apresentar**”, é uma forma de transferir aquilo que assusta e perturba, do exterior para o interior, do distante para o próximo, ou seja, um trabalho de transformação para converter o “desconhecido” em um conhecimento que grande parte das pessoas do grupo possa utilizar em sua vida cotidiana (Moscovici, 1961/78).

A transformação do não-familiar em familiar, no processo de criação das RS pode ser motivada pelo medo do desconhecido. Objetos sociais estranhos ameaçam o sentido de organização das pessoas, bem como sua sensação de controle sobre o mundo. A exposição ao ausente dispara um fluxo de afetos, como surpresa, tensão, ansiedade, que acompanhará o trabalho do pensamento em direção à atitude. Quando o objeto é representado como algo mais familiar, ele se torna menos ameaçador (Arruda, 2009; Joffe, 2008).

Atualmente, podemos considerar que a ciência gera representações sociais e pode-se dizer até mesmo, que senso comum é a ciência tornada comum. Para que seja possível a transformação do não-familiar em familiar, são utilizados dois mecanismos de um processo de pensamento que se baseia na memória e em conclusões anteriores. O fenômeno da **ancoragem**, juntamente com a **objetivação**, se constituem nos dois processos fundamentais observados na origem de uma representação social. Primeiramente, estes mecanismos transferem o não-familiar para a nossa própria esfera particular, e o reproduzem entre as coisas que podemos ver e tocar – controlar (Moscovici, 2005a).

Ancorar significa classificar e nomear algo. Este processo transforma aquilo que é estranho e perturbador em nosso sistema particular de categorias, comparando-o com o paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Não é permitida a neutralidade neste sistema, sendo que cada objeto ou ser, devem possuir um valor positivo ou negativo

(atitude) e assumir um lugar determinado dentro de uma escala de hierarquia (Moscovici, 2005a).

A objetivação liga a idéia de não-familiaridade com a de realidade. Objetivar então, é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser, reproduzindo um conceito em uma imagem (Moscovici, 2005a).

As representações sociais respondem a quatro funções no âmbito das relações sociais, sendo elas:

- Função de saber: os sujeitos adquirem conhecimento e o integram em seu sistema assimilável, para compreendê-lo, de forma coerente com seu funcionamento cognitivo e com os valores que adquirem;
- Funções identitárias: além das funções de entender e explicar, as representações sociais também têm funções de elaborar uma identidade social e pessoal gratificante, ou seja, compatível com seus sistemas de normas e valores;
- Funções de orientação: as representações sociais podem funcionar como um guia de ações, orientando condutas, sendo preditivas de comportamentos ou práticas sociais;
- Funções justificadoras: após a prática de ações, as representações sociais permitem que os sujeitos expliquem e justifiquem suas condutas em determinada situação (Abric, 2001).

Os fenômenos de representação social estão presentes nas práticas sociais, na cultura, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são difusos, fugidios, multifacetados e estão em constante movimento, fazendo parte de inúmeras instâncias da interação social. O processo saúde/ doença constitui uma temática importante no

campo das representações sociais. Por seu caráter estranho e ameaçador, a doença possui grande capacidade de gerar representações. No caso da aids, por exemplo, as pesquisas nesta área têm assumido uma nítida relevância com relação à prevenção e esclarecimentos às populações (Sá, 1998).

As representações sociais, portanto, permeiam as relações sociais características das sociedades contemporâneas, como parte essencial do senso comum, orientando práticas que podem afetar direta ou indiretamente o processo de adoecimento, considerando a perspectiva da saúde, abordada no presente estudo. Após a apresentação do fenômeno de representação, abordaremos a estrutura destas representações.

3.3- A estrutura das representações sociais

O estudo da estrutura das representações sociais é fundamental para se conhecer como se organizam os conteúdos destas representações. Abric (1998) traz uma importante contribuição à Grande Teoria, com a proposta da Teoria do Núcleo Central que será apresentada neste tópico, o qual também abordará como ocorrem as transformações nas representações sociais.

Conforme já apresentado, anteriormente, as representações constituem um conjunto de informações, crenças, atitudes e opiniões sobre determinado objeto. Este conjunto de elementos é organizado e estruturado. Para se compreender as representações sociais, faz-se necessária a identificação de seu conteúdo e estrutura e testar a centralidade de seus elementos.

Com relação à estruturação das representações sociais, Abric (2001) propõe a Teoria do Núcleo Central, a qual determina o significado e a organização dos elementos que

compõem as representações sociais. Esta abordagem considera que toda representação encontra-se ao redor de um núcleo central.

O Núcleo Central vem da idéia de centralidade, sendo o elemento mais estável da representação, aquele que garante sua perenidade diante da evolução e que mais resiste às mudanças. Sua modificação implica em mudança das representações sociais e sua identificação permite os estudos comparativos das representações. Possui **função geradora** criando ou transformando o significado dos outros elementos característicos da representação e **função organizadora**, determinando a natureza dos vínculos que unem os elementos da representação (Abric, 2001).

Os elementos do Sistema Periférico, composto pela Periferia Próxima e Periferia Residual, se organizam ao redor do Núcleo Central, constituindo-se em uma parte mais acessível e mais aberta a mudanças das representações em um objeto, ou seja, elementos de negociação. Esses elementos são mais associados a características individuais e ao contexto imediato dos sujeitos, permitindo a integração das experiências e história individual. Também são mais sensíveis à influência do contexto social e mais flexíveis na orientação de comportamentos. Possuem funções de concretização – resultam na ancoragem da representação na realidade, funções de regulação – embora mais flexíveis que o Núcleo Central, participam na regulação dos elementos e possuem função de defesa – funcionam como se fossem um pára-choque, em defesa do Núcleo Central (Abric, 2001).

O princípio global de economia cognitiva busca que as modificações cognitivas sejam mínimas, no nível individual e coletivo. Para Flament (2001), para que as representações sociais sejam alteradas, isto deve ocorrer na dinâmica das práticas sociais. Segundo este autor, a noção de reversibilidade da situação na percepção dos atores sociais implicados, é fundamental para o processo, ou seja, se o desenvolvimento de práticas contraditórias com as representações é considerado reversível para eles ou não.

Quando a situação é percebida como reversível, ou seja, os atores envolvidos consideram possível o retorno às práticas anteriores - por estarem diante de uma situação provisória de práticas novas contraditórias -, estas novas práticas vão determinar as modificações. Os elementos discordantes vão se integrar ao Sistema Periférico sem alterar o Núcleo Central e, portanto, as modificações serão superficiais e não há de fato mudança de representações, uma vez que o Núcleo Central permanece intacto (Abric, 1998).

Nos casos em que a situação é considerada irreversível para os atores sociais implicados, as novas práticas contraditórias terão conseqüências que redundarão em transformação das representações sociais dos seguintes tipos:

- Transformação resistente: as práticas contraditórias são gerenciadas pelo Sistema Periférico, por algum tempo, por meio de mecanismos clássicos de defesa, porém, com a intensificação da modificação do Sistema Periférico, o Núcleo Central acaba sendo também alterado;
- Transformação progressiva: ocorre quando as novas práticas não são totalmente contraditórias em relação ao Núcleo Central, ocorrendo uma transformação lenta, sem ruptura inicial deste Núcleo Central;
- Transformação brutal: ocorre quando as novas práticas atacam diretamente o Núcleo Central sem atingir o Sistema Periférico. Este, por sua vez, não pode se utilizar de seus mecanismos de defesa. Em geral ocorre diante de grandes acontecimentos ou fenômenos (Abric, 1998).

Considerando-se que o fenômeno de representação possui um caráter dinâmico, seu estudo deve abordar os aspectos sócio-históricos que se relacionem com o objeto de estudo, tendo em vista os processos de transformação que ocorrem na sociedade e,

consequentemente na geração e transformação de representações sociais, o que tem se buscado no presente estudo.

Após a apresentação da organização dos conteúdos das representações sociais e das transformações destas representações nas sociedades, será realizada uma tentativa de articulação dos conteúdos estudados, de masculinidade e cuidado em saúde, em relação à sífilis, com as representações sociais. Será apresentado o levantamento bibliográfico realizado no SCIELO Brasil (<http://www.scielo.br>), em busca de se obter o estado da arte nas pesquisas relativas aos temas em questão.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, MASCULINIDADE E SAÚDE: UMA TENTATIVA DE ARTICULAÇÃO

Neste tópico se faz uma retomada das questões estudadas até o momento – o cuidado masculino em saúde, o comportamento sexual e sua relação com a sífilis – buscando-se uma articulação entre elas e a Teoria das Representações Sociais. Em seguida é apresentado o levantamento bibliográfico que foi realizado para se conhecer as pesquisas publicadas em relação aos temas abordados anteriormente.

Conforme já pontuamos, os estereótipos de gênero, com suas características dicotômicas parecem ainda influenciar fortemente no diferencial de morbimortalidade entre homens e mulheres nas coletividades. São características fortemente organizadas e acordadas nos diversos grupos, como “típicas de homens” ou “típicas de mulheres”. As pessoas são motivadas a adotar os comportamentos e normas dominantes, conforme os estereótipos masculino ou feminino. Há uma pressão social para que meninos e homens reforcem as normas prescritas socialmente, comportando-se em relação à própria saúde como fortes, duros e valentes. A pressão dos estereótipos de gênero sobre os homens, neste sentido, parece ser maior que a sofrida pelas mulheres (Courtenay, 2000).

Na aquisição de poder, por exemplo, se requer que os homens suprimam e rejeitem o reconhecimento de dor. As crenças e comportamentos em saúde podem ser usados como demonstração de exercício da masculinidade tradicional, que incluem a negação de fraquezas ou vulnerabilidades físicas e emocionais, a aparência de ser forte e valente, não necessitando de ajuda ou cuidado, o interesse compulsivo por relações heterossexuais e a demonstração de

força física por meio de comportamentos agressivos. A adoção deste tipo de comportamento em relação à saúde reforça, na sociedade, as crenças de que o homem é mais forte e menos vulnerável a doenças que a mulher, de que o corpo masculino é mais forte e mais eficiente que o feminino, de que saúde e segurança não são importantes para os homens e de que buscar ajuda e cuidado em saúde é aceitável somente para mulheres (Courtenay, 2000).

O cuidado, neste contexto, passa a ser considerado como atividade desqualificada e própria das mulheres, contribuindo para a dominação masculina nas relações sociais. A crença de que o cuidado em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis são ideais de feminilidade, faz parte da cultura ocidental. Isto pode levar os homens a rejeitarem o cuidado em saúde, demonstrando comportamentos que reforcem a masculinidade tradicional no modelo social sexista e dicotômico (Courtenay, 2000).

Para Courtenay (2000), não se deve considerar, entretanto, os homens como vítima nesse processo, embora sua situação possa ser considerada desfavorável no que diz respeito a questões de saúde. Os homens e meninos são agentes ativos na construção e reconstrução das normas dominantes de masculinidade, na perspectiva construcionista. A discussão de poder e desigualdade social permeia o diferencial de gênero no comportamento em saúde e, desta forma, a subordinação das mulheres em relação aos homens é demonstrada, em parte, no comportamento em saúde. Homens se utilizam de crenças e comportamentos em saúde que reforçam a sua autoridade e dominação na relação de gênero. Em busca do poder e dos privilégios masculinos na sociedade, eles prejudicam sua própria saúde, criando esse quadro desfavorável na saúde masculina.

Com relação ao comportamento sexual, Foucault (2009) diz que há um cuidado ético variável nas formas e intensidade da atividade sexual, aparecendo sob a forma de jogo de forças estabelecidas pela natureza e suscetível ao abuso, na relação de gênero. O cuidado com a “austeridade sexual” - entendida como um princípio de elaboração e estilização da conduta

sexual -, historicamente, aparece não somente na Antiguidade, mas no medievalismo e na Europa moderna. O princípio da temperança sexual rigorosa e cuidadosamente praticada é um preceito que não data nem do cristianismo nem da Antiguidade grega ou romana, sendo amplamente praticada pelos diferentes povos.

Desta forma, não se pode afirmar, por exemplo, que a moral sexual do cristianismo opõe-se à moral sexual do paganismo antigo. Nem se pode afirmar que houve uma continuidade entre as morais filosóficas da Antiguidade e a moral cristã. Pode-se dizer que houve uma transferência e uma modificação de códigos, códigos estes que giram em torno de princípios simples e pouco numerosos de proibições na área dos prazeres e que se propagam nos dias atuais (Foucault, 2009).

Foucault destaca ainda, o surgimento de um “poder disciplinar” que se desenvolve ao longo do século XIX, persistindo até a atualidade. Este poder preocupa-se com a regulação e vigilância das populações, dos indivíduos e do corpo, por meio das instituições que surgiram no século XIX e que disciplinam as populações modernas, a saber: quartéis, escolas, prisões, hospitais, entre outras instituições modernas. Este poder disciplinar mantém a vida, o trabalho, as atividades, os prazeres individuais, bem como a saúde física e moral, suas práticas sexuais e vida familiar sob controle e disciplina, baseado, atualmente, no conhecimento especializado dos profissionais e do conhecimento fornecido pelas ciências sociais. Seu objetivo é produzir um ser humano domável e dócil substituindo, em parte, o papel que a partir da Idade Média era desempenhado pela Igreja (Hall, 2006).

Acredita-se que a sífilis, doença histórica ligada ao comportamento sexual, no nível individual e coletivo, seja capaz de ter gerado ou de ainda gerar inúmeras representações sociais, possivelmente ancoradas nas representações de masculinidade, as quais podem estar dificultando o controle da doença no Brasil e no mundo.

Partindo-se da premissa de que a realidade é socialmente e historicamente construída e de que o saber é uma construção do sujeito, vinculado à sua inserção social, ao discutir-se gênero, devemos pensá-lo como uma categoria relacional, considerando-se as relações de poder, a importância das experiências, da subjetividade e do saber. A Teoria das Representações Sociais, ciência que estuda o pensamento social em sua dinâmica e diversidade, se constitui em uma forma de estudar fenômenos sociais que sejam capazes de englobar toda a complexidade descrita nos parágrafos anteriores, procurando não tender a um reducionismo e considerando toda historicidade e riqueza cultural de tais fenômenos (Arruda, 2002).

Para se conhecer o estado da arte das pesquisas em representações sociais que dizem respeito às relações de gênero e suas implicações na saúde e no controle da sífilis, seguindo o modelo apresentado por Leão (2009), realizou-se um levantamento bibliográfico no SCIELO Brasil (<http://www.scielo.br>), nos últimos 20 anos. Este trabalho foi realizado em outubro de 2010 e refeito em janeiro de 2011, tendo em vista a totalização das publicações do ano 2010. Foram considerados apenas os artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Diante da necessidade de uma visão integral, na tentativa de se articular os temas, estes foram associados e pesquisados da seguinte forma: *representações sociais & sífilis*; *representações sociais & masculinidade*; *representações sociais, masculinidade & saúde*; *representações sociais & cuidado em saúde*; *representações sociais & doença*; *representações sociais & saúde*.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa realizou-se três análises. A primeira análise se deu por **área de conhecimento do periódico**⁷, a qual aparece na Tabela 4. Esta Tabela traz os resultados parciais por decênio dos 64 artigos encontrados, e o total dos dois decênios pesquisados. A segunda análise considerou o **objeto pesquisado, os sujeitos e a**

⁷ Por área de conhecimento, considerou-se os periódicos específicos da Psicologia e da área de Saúde Coletiva (a qual articula todas as ciências sociais, inclusive a Psicologia Social, aplicadas à saúde) e como categoria “outros” considerou-se outras áreas de saúde como Educação e Enfermagem.

metodologia utilizada em 20 artigos, se fez após a exclusão de 10 artigos que apareceram repetidos em duas das associações temáticas, de sete artigos teóricos e de 27 artigos empíricos, excluídos pelos motivos a serem detalhados a seguir. A terceira análise, cujo critério de exclusão foi a **relevância do objeto** para a discussão no presente estudo, apresenta os resultados dos oito estudos selecionados.

Tabela 04. Levantamento bibliográfico no SCIELO Brasil, de 1990 a 2010, por área do conhecimento (N= 64)

Termos	Ano	Psicologia	Saúde Coletiva	Outros	TOTAL
RS e sífilis					0
RS e masculinidade					0
RS, masculinidade e saúde					0
RS e cuidado em saúde	2008		1		1
Sub-total					1
RS e doença	1993		1		1
	1996		1		1
	1997		1		1
	2000		3		3
	2001		1		1
	2002	1			1
	2004	1	1		2
	2006	1	1		2
	2007	2			2
Sub-total					14
RS e saúde	1993		1		1
	1996		1		1
	1997		1		1
	1998			2 (Enf)	2
	1999		1		1
	2000		2		2
	2001		2		2
	2002	2			2
	2003		1		1
	2004	1	1		2
	2005	1			1
	2006	3	3		6
	2007	4	5		9
	2008	2	3	1 (Edu)	6
	2009	2	4		6
	2010	3	3		6
Sub-total					49
TOTAL		23	38	03	64

Comparando-se os dois decênios pesquisados (1991-2000 e 2001-2010), observa-se que os artigos nas revistas da área específica de Psicologia começaram a aparecer somente no 2º decênio, correspondendo a 46% do total de artigos deste decênio. Isto demonstra a ampliação do alcance da TRS para outras áreas do conhecimento, partindo da própria Psicologia, quando se buscou a aproximação do tema com a área de saúde. Observa-se, ainda, um grande crescimento do total de artigos publicados no último decênio, ao qual

correspondem 78,1% do total de publicações, o que demonstra uma maior disseminação da TRS no Brasil na última década.

Para Leão (2009), embora algumas pesquisas usem o termo representação social, não exibem uma filiação à TRS, mostrando a disseminação do termo, em especial na área de saúde, extrapolando os limites da própria Teoria. Esta utilização do termo *representações sociais*, sem vinculação com a TRS, também foi observada na presente revisão de literatura.

É certo que nem tudo o que se pretende estudar se constitui em objeto de representação social, e que muitas pesquisas têm sido realizadas examinando objetos que não são passíveis de gerar representações sociais. Entretanto, nem sempre tais pesquisas conduzem a resultados negativos a ponto de serem desprezadas, pois havendo clareza na análise, no sentido de se demonstrar que o “objeto” em questão não se constitui em objeto de representação social e as implicações que podem ter tais resultados, a pesquisa poderá ser dotada de riqueza acadêmica (Sá, 1998).

Após análise mais aprofundada dos 64 artigos publicados, apenas 20 estudos empíricos baseados na TRS foram considerados, para serem citados por objeto de pesquisa, categoria dos sujeitos e método utilizado. Os demais artigos foram excluídos pelos seguintes motivos:

- Artigos teóricos: um total de sete artigos trazia contribuições teóricas aos temas, embora apenas dois - publicados nos anos 2007 e 2010 – tinham como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Rummler (2007) traz um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos brasileiro na área de saúde sobre representações sociais, mostrando a crescente adesão de pesquisadores da área de saúde à TRS. Pombo-de-Barros e Arruda (2010), exploram a afinidade entre a TRS e a

Teoria do Desenvolvimento Emocional de Winnicott, apontando o papel fundamental da afetividade na construção de representações sociais;

- Artigos, num total de 27, não foram selecionados para apoiar as análises do presente estudo, embora tragam importantes contribuições para sua área específica do conhecimento. Esta exclusão se deu pelos seguintes motivos: artigos que não utilizavam a TRS como referencial teórico ou ainda, objetos de pesquisa que não se enquadravam na definição de objeto de representação descrita por Sá (1998)⁸ ou que poderiam ser melhor explorados em outras perspectivas teóricas como as que estudam atitude e comportamento, o significado e o sentido do trabalho, avaliação da gestão e qualidade dos serviços de saúde, entre outros. Também foram excluídos os artigos cujos sujeitos de pesquisa foram escolhidos entre especialistas da área da pesquisa ou número ínfimo de sujeitos, tendo em vista a preocupação do presente estudo com o senso comum e com as coletividades.

Segundo Almeida (2005b) para se realizar uma boa pesquisa em representações sociais, ela deve ser clara quanto ao seu engajamento na TRS, permitindo que as características do objeto orientem a escolha das técnicas e métodos, de forma a elucidá-lo.

Quanto à metodologia utilizada para as pesquisas em representações sociais, os pesquisadores podem se apoiar em uma abordagem plurimetodológica, abrindo diversos caminhos para se compreender o objeto a ser investigado. Diversos métodos de pesquisa qualitativa ou quantitativa podem ser utilizados para este fim, desde que adequados ao objeto de pesquisa (Almeida, 2005b).

⁸ Segundo Sá (1998), para se constituir em objeto de representação social é necessário que o objeto tenha espessura social, ou seja, deve tratar-se de um fenômeno social denso, agregar grupos, circular informações a seu respeito.

Desta forma, como mostra a Tabela 5, diversas metodologias apareceram nos artigos cujo referencial teórico era a TRS, foram consideradas para a seleção da segunda análise. Dentre os artigos selecionados – total de 20 artigos, observa-se nesta Tabela, os objetos pesquisados, a categoria dos sujeitos e os métodos utilizados, referentes aos artigos analisados nesta segunda fase da pesquisa bibliográfica.

Tabela 05. Artigos de pesquisa em representações sociais & saúde/doença selecionados por objeto, sujeito e métodos (N= 20)

Ano	Área de conhecimento	Objeto	Sujeitos	Método coleta e análise dos dados	
1996	Saúde Coletiva	Hanseníase	Doentes em tratamento	Entrevista Análise de conteúdo	
2002	Psicologia	Medo de doença	Adultos	Questionário de evocação livre Classificação livre dirigida	
2003	Saúde Coletiva	Trabalho e saúde	Adolescentes	questionários Evocação e de auto-percepção <i>Softwares</i> EVOC e SPSS	
2004	Psicologia	Aíds	Profissionais do sexo	Entrevistas semi-estruturadas <i>Software</i> ALCESTE	
2005	Psicologia	Violência	Policiais civis	Grupos focais Análise de conteúdo	
2006	Psicologia	Velhice	Idosos	Entrevistas semi-estruturadas <i>Software</i> ALCESTE	
		Depressão	Adolescentes	Entrevista semi-estruturada Análise de conteúdo temática	
2007	Psicologia	Saúde Coletiva	Maconha	Agentes Comunitários de Saúde	Questionário de evocação livre Análise de conteúdo de Bardin Análise fatorial de correspondência
			Morte e religião	Profissionais de saúde	Questionário Análise de conteúdo e de similitude (SSA)
		Maconha	ACS	Questionário de evocação livre Análise Fatorial de Correspondência	
		Cocaína	Estudantes universitários	Entrevistas semi-estruturadas Análise de conteúdo de Bardin	
		doença dos nervos	Homens e mulheres de classe popular	Entrevistas semi-estruturadas <i>Softwares</i> EVOC e SPSS	
		aíds	Adolescentes	Questionário de evocação livre <i>Softwares</i> EVOC e SPSS	
2008	Psicologia	Morte	Profissionais de saúde	Questionário Análise de conteúdo e de similitude (SSA)	
2009	Psicologia	Saúde Coletiva	Cuidado em saúde	Grupo focal e questionário de evocação livre <i>Software</i> EVOC e análise de conteúdo	
		Saúde Coletiva	Corpo	Estudantes universitários	Questionário <i>Software</i> ALCESTE, escala Likert
2010	Saúde Coletiva	Saúde	Adolescentes	Questionário de evocação livre <i>Software</i> EVOC	
		Trabalho	Jovens	Evocação livre, grupos focais <i>Software</i> EVOC	
	Psicologia	Câncer	Doentes em tratamento	Entrevista estruturada Questionário de evocação livre Análise descritiva e de conteúdo	

Na Tabela 6 aparecem os oito artigos empíricos que trazem como referencial teórico a TRS e que foram selecionados após exclusão de 12 artigos apresentados na Tabela 5, cujos objetos não se encontravam diretamente relacionados com os temas presentes neste estudo.

Tabela 6: Artigos selecionados por autoria e resultados (N= 08)

Ano	Autores		Objeto	Principais resultados
1996	Bakirtzief		hanseníase	Mescla de conteúdos arcaicos sobre a “lepra”, com os conceitos atuais da hanseníase
2004	Oltamari & Camargo		aids	Aids como “doença do outro”, como doença que ameaça quem não usa preservativo e como doença ligada ao uso de drogas e a “pessoas suspeitas”
2006	Barros, Coutinho, Araújo, Castanha		depressão	Os grupos constroem suas representações não somente baseados no conhecimento erudito, mas no conjunto de problemas práticos que encontram no âmbito sócio-cultural relacionados à pertença e identidade cultural
2007	Oliveira & Roazzi		doença dos nervos	A organização estrutural do conceito da doença mostra traços e valores culturais que caracterizam homens e mulheres. As mulheres atribuem significados ligados à interioridade (como ao corpo) e homens, à exterioridade (como ao comportamento)
2007	Camargo, Bertoldo	Barbará &	aids	Ênfase na dimensão afetiva em detrimento do conhecimento biomédico. Aparecem como representações os seguintes elementos: doença, morte, medo, sofrimento, preconceito, prevenção e responsabilidade
2008	Rodrigues, Roncalli	Lima &	cuidado em saúde	Aparecem como representações os elementos centrais: atenção, amor e acolhimento
2009	Cromack, Tura	Bursztyn &	saúde	Núcleo Central: importante, alimentação, médico, hospital Sistema Periférico: corpo, sexo, preocupação, camisinha, educação e prevenção
2010	Linares-Insa, Monleón, Espallargas	Benedito-Piqueas-	câncer	A doença aparece como cruel e o doente como sofredor. As categorias formadas foram: identidade, tratamento, transmissão, elementos ameaçadores, traços de personalidade, grupos de risco, causas, ameaça e percepção de controle, atitude do doente e tipo de consequências

No estudo das doenças transmissíveis, como a aids e a hanseníase, percebe-se que as representações sociais comportam ambigüidades e contradições. A hanseníase apresenta uma mescla de elementos arcaicos convivendo com os novos, enquanto a aids, doença recente, comporta outros tipos de ambigüidades como a obrigatoriedade do uso de preservativos pelas prostitutas com “pessoas suspeitas”, enquanto tal prática “autoriza” não usar preservativos com parceiros fixos, nos quais se tem “confiança”. Já no estudo sobre aids entre adolescentes, de Camargo, Barbará e Bertoldo (2007), o novo aparece nos elementos “prevenção” e “responsabilidade”, que convive com elementos mais antigos como doença, morte, medo e sofrimento. O artigo de Cromack, Bursztyn e Tura (2009), sobre as representações de saúde também entre adolescentes, aponta para novos elementos como preocupação, prevenção e educação. Tais estudos apontam para uma perspectiva de mudanças paradigmáticas, no que tange à prevenção.

Em todos os artigos aparece a fundamental influência dos afetos como parte das representações sociais, em especial, nas questões relacionadas à saúde, inclusive em suas relações de cuidado. O medo, a confiança, o preconceito apresentam centralidade nas representações estudadas.

A identidade aparece nas doenças transmissíveis na forma de negação, ou seja, “a doença do outro”, enquanto nas doenças não-transmissíveis, como a depressão, o câncer e a “doença dos nervos”, a identidade adquire centralidade nas suas representações. A “doença dos nervos” comporta inclusive a identidade de gênero. Vale ressaltar que as doenças transmissíveis aqui estudadas são doenças que carregam consigo um estigma.

As representações sociais da sífilis serão abordadas no presente estudo, a partir dos seus elementos organizativos, não sendo possível a comparação com outros estudos específicos de representação social da sífilis. Também não foram encontradas publicações sobre sífilis & representações sociais em outras bases de dados pesquisadas -, no PSYCINFO, no LILACS e no MEDLINE.

A seguir, será apresentada a pesquisa empírica realizada para se investigar o pensamento masculino a respeito da sífilis, após uma breve contextualização relativa ao problema de pesquisa.

A PESQUISA EMPÍRICA

Conforme já exposto anteriormente, a sífilis pode ser considerada como um problema de saúde pública até os dias de hoje, embora a história demonstre oscilações quanto à sua relevância nos diversos momentos históricos. Como problema de saúde pública, depreende-se que a sífilis demanda estratégias efetivas na área de vigilância epidemiológica, como notificação de casos, alimentação dos sistemas de informação em saúde, captação dos parceiros sexuais, instituição do tratamento, desenvolvimento de ações de prevenção, entre outras (Paz e cols., 2005).

No que diz respeito notadamente às ações de prevenção, um aspecto relevante para os profissionais da saúde pública refere-se tanto às medidas adotadas pela população para se protegerem desta doença, bem como à adesão ao tratamento por pessoas já infectadas. Estudos na área da psicologia da saúde, como Oltramari e Camargo (2004), Camargo, Barbará e Bertoldo (2007), têm insistido na necessidade de se ater aos aspectos psicossociais das doenças, indicando que para além dos aspectos informacionais acerca de uma dada doença é preciso também considerar a forma como as pessoas comuns a significam, visando lograr êxito nas campanhas de prevenção e tratamento. Foi nesta direção que a presente pesquisa foi desenvolvida, objetivando especificamente examinar o conhecimento e as representações sociais das pessoas comuns acerca da sífilis.

O presente estudo foi desenvolvido em Santa Maria – Distrito Federal, Região Administrativa XIII, situada na Região Sul do DF e faz divisas com os municípios de Valparaíso de Goiás, Novo Gama e Pedregal no estado de Goiás (Entorno Sul) e, com as Regiões Administrativas do Gama, São Sebastião e Núcleo Bandeirante, no Distrito Federal.

Conforme acessado em <http://santamaria.df.gov.br> (2005), Santa Maria foi fundada em 1990, com o assentamento de populações que ocupavam áreas de invasão e aguardavam por uma política habitacional do Governo - distribuição de lotes. Em 2005 sua população era estimada em cerca de 112.000 habitantes, sendo esta predominantemente urbana.

Não havia hospital em Santa Maria até 2008, sendo o Hospital da Regional do Gama a referência na média complexidade e o Hospital de Base na alta complexidade, ou seja, as mulheres realizavam o acompanhamento pré-natal (serviço de atenção primária em saúde) em Santa Maria e o parto (serviço de média complexidade) em outra regional, principalmente no Gama. A Regional de Saúde de Santa Maria, em 2005, desenvolvia somente a atenção primária, contando com dois centros e três postos de saúde. Havia ainda, nove equipes da Estratégia Saúde da Família que davam cobertura a cerca de 50% da população. A maior parte dos habitantes de Santa Maria, tendo em vista sua situação sócio-econômica, demandava os serviços públicos de saúde da Regional, bem como suas referências (Governo do Distrito Federal, 2007).

Nesta Região Administrativa, as taxas de incidência de sífilis congênita vinham se apresentando bastante elevadas. No ano de 2003 ocorreram 11 casos confirmados de sífilis congênita, com taxa de 4,9 por 1.000 nascidos vivos. A taxa do Distrito Federal no mesmo ano foi 2,6 (Governo do Distrito Federal, 2005), revelando altos índices de sífilis congênita naquela Regional, em relação ao DF e também em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde – até 1 caso por 1.000 nascidos vivos (Governo do Distrito Federal, 2007).

Percebia-se, no momento em que a pesquisadora atuava como gestora da Regional de Saúde de Santa Maria - Distrito Federal (DF), entre 1999 e 2007, dificuldades no tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis que se refletiam nessa situação epidemiológica desfavorável.

Grande parte das dificuldades detectadas relacionava-se à captação dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Muitos destes homens, mesmo sendo convocados por diversas vezes não compareciam à unidade de saúde para o tratamento, reinfectando suas parceiras ainda no período da gestação, bem como os próprios filhos.

Diante deste quadro, na Regional de Saúde de Santa Maria intensificou as ações preventivas, assistenciais e de vigilância por meio de estratégias como campanhas educativas e triagens sorológicas, além da qualificação dos cuidados inerentes à realização de assistência ao pré-natal e à vigilância epidemiológica, visando ao controle da transmissão da sífilis, de forma geral.

Com a criação do Comitê de Eliminação da Sífilis Congênita na Regional, no ano 2005, foi possível a integração das diversas áreas de atuação, relacionadas com o controle da sífilis. As atividades educativas com a comunidade foram intensificadas, com uma nova visão, buscando-se atingir especialmente a população masculina, devido à dificuldade observada nos programas de atenção ao pré-natal, em se captar os parceiros sexuais das gestantes com diagnóstico de sífilis.

Foram realizadas três grandes campanhas educativas e de diagnóstico - maio de 2004, novembro de 2004 e maio de 2006 - em todas as unidades de saúde, conforme foto na Figura 2. Distribuiu-se grande quantidade de panfletos com informações a respeito da doença e também eram distribuídos preservativos masculinos e femininos à população. Houve grande interesse da imprensa, a qual veiculava o tema com bastante frequência no período das campanhas educativas, e designava a sífilis como uma “*doença esquecida*”. Gestores e profissionais foram entrevistados em rádio, televisão e jornais, esclarecendo a população sobre as campanhas e sobre características da doença (Governo do Distrito Federal, 2007).



Figura 02. Foto da Campanha de controle da sífilis em novembro de 2004⁹

Realizou-se uma pesquisa nos prontuários das crianças com sífilis congênita, no período de 2001 a 2006, com levantamento semestral. Esta pesquisa demonstrou o grande esforço da área de saúde da Regional, observando-se apenas um caso de manifestação clínica da doença, não caracterizada como grave, cuja criança foi encaminhada às referências da atenção especializada (média e alta complexidade) pertinentes ao seu quadro clínico. Os dois casos de abandono eram filhos de uma mesma mãe, caso encaminhado ao serviço social, tendo em vista a negligência materna observada.

Tabela 07. Evolução dos Casos de Sífilis Congênita em Santa Maria- DF, no período de 2001 a 2006

Forma de evolução	Total de casos
Criança com alta, sem manifestação clínica ou radiográfica da doença	08
Criança apresentando manifestação clínica da doença	01
Criança tratada, ainda em fase de acompanhamento	02
Família mudou-se de Santa Maria	04
Caso não-pertencente a Santa Maria	03
Abandono de tratamento	02
Total	20

Como resultado desse esforço, a Regional de Santa Maria foi contemplada com o 6º lugar em “Experiências Bem-Sucedidas de Controle da Sífilis Congênita”, pelo Ministério da Saúde, no ano 2007 (Anexo I), devido ao impacto das ações, conforme pode ser observado na Figura 3.

⁹ Realização de exame para diagnóstico sorológico da sífilis - VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory test*).

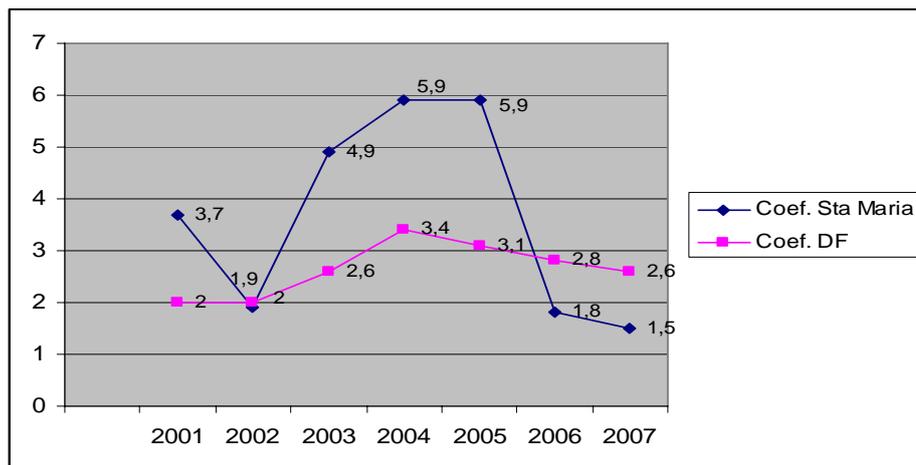


Figura 03. Série histórica da sífilis congênita no Distrito Federal e em Santa Maria, no período de 2001 a 2007¹⁰

Conforme já exposto anteriormente, a sífilis traz consigo o estigma de uma doença ligada a práticas sexuais consideradas “impuras”. No setor de saúde observa-se uma prática que não se isenta desse preconceito que se evidencia na própria sociedade. Durante esta pesquisa, embora esta pesquisadora fosse especialista em Saúde Coletiva desde 1998 e estivesse trabalhando na gestão dos serviços de saúde pública desde 1999, surpreendeu-se quando na revisão bibliográfica se deparou com a sub-especialidade denominada “**Sifilografia**”, dentro da área de Dermatologia, que existiu durante muitos anos, no Brasil e no mundo. Diante disto, para enriquecer esta pesquisa, foi solicitado um artigo científico publicado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, cuja primeira página encontra-se no Anexo II, encontrado pela Biblioteca Central da UnB na Universidade Federal da Bahia (Costa, 1938). Da mesma forma, foi divulgado aos colegas de trabalho, também profissionais de saúde, e nenhum deles relatou ter qualquer informação sobre esta sub-especialidade, nem durante a formação e nem na prática em saúde. É como se tivesse ocorrido uma exclusão deste histórico da sífilis nas grades curriculares, inclusive no nível de especialização, e na memória social.

¹⁰ Coeficiente/1.000 nascidos vivos

Ainda, em relação ao preconceito e diante de uma vinculação que ocorre entre a sífilis e a prática da prostituição, torna-se relevante esclarecer que nesta discussão se referirá às mulheres denominadas atualmente pelo setor saúde de “profissionais do sexo” ou “trabalhadoras do sexo”, por “*prostitutas*”. Tal referência é fruto da própria reivindicação delas durante o VIII Congresso Brasileiro de DST/aids em 2010, em nota especial após a exposição do tema: “Epidemias concentradas: como reduzir vulnerabilidades sem produzir estigmas?”:

-“*Queremos ser chamadas de putas, prostitutas. Não adianta adoçar a situação e esconder a realidade. Somos um movimento político em busca de uma identidade.*” (Notas do VIII Congresso Brasileiro de DST/aids, 2010).

Frente a um contexto que nos instigou a explorar os aspectos psicossociais que envolviam tal vivência, interessou-nos pesquisar a literatura científica, para buscar possíveis explicações para os fenômenos observados. Nos levantamentos bibliográficos realizados, porém, já descritos nos capítulos anteriores, não foram encontrados estudos sobre as representações sociais da sífilis – objeto de investigação do presente estudo. O mesmo não se observa com relação à aids, a qual tem sido bastante estudada à luz da TRS nos últimos anos e, cujo controle tende a se apresentar menos complexo que o controle da sífilis, nas formas congênitas das doenças, na perspectiva da saúde coletiva (Galvão, 2009; Paz e cols., 2005). Acreditamos estar diante de um fenômeno de representação social – *a sífilis*-, para o qual se devem buscar respostas nas ciências sociais, tendo em vista a quantidade de estudos de cunho biológico já realizados ao longo de várias décadas, em relação a esta doença, estudos estes, fundamentais para a redução da morbimortalidade por ela causada, porém, não suficientes para esclarecer o porquê de sua “persistência” enquanto problema de saúde pública.

Nesta direção, interessou-se investigar as representações sociais da sífilis entre os homens. Todavia, por se tratar de uma doença considerada “esquecida”, colocamo-nos

algumas questões, as quais deveriam ser respondidas antes de investigarmos a natureza de tais representações. As perguntas prévias que nos colocamos foram as seguintes:

- As pessoas comuns, em especial os homens, detêm informações a respeito da sífilis?
- Em se confirmando que essas pessoas dispõem de informações sobre a sífilis, é possível que a sífilis seja efetivamente um objeto de representação social para elas?

Diante do objetivo geral “conhecer as representações sociais da sífilis”, nossos objetivos específicos foram assim esboçados:

- Verificar se os homens detêm informações sobre a sífilis;
- Conhecer o conteúdo dessas informações;
- Avaliar o grau dessas informações;
- Identificar as fontes das informações que os homens tinham sobre a sífilis;
- Identificar as Representações Sociais da sífilis entre os homens;
- Conhecer a estrutura dessas representações sociais.

Para se investigar as representações sociais da sífilis no universo masculino, foram realizados dois estudos, com homens domiciliados em Santa Maria – DF. O **Estudo 1** foi utilizado para investigar as informações que estes homens tinham sobre a sífilis e o **Estudo 2** para investigar as fontes de informação sobre a sífilis e suas representações sociais. Os resultados encontrados foram analisados na perspectiva da Teoria das Representações Sociais.

O Projeto da Pesquisa que envolve os dois estudos e a pesquisa nos prontuários cumpre as normas atuais relativas à pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada pelo

Comitê de Ética da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob Parecer nº 171/2005, por intermédio do Processo nº 159/2005 (Anexo III).

O caráter sigiloso da pesquisa foi parte essencial em todas as etapas da pesquisa, conservando-se a não-identificação dos nomes. Os participantes eram também informados que eles poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento se assim o desejassem, sendo os dados por eles fornecidos desconsiderados. Todavia, isto não ocorreu até o momento da finalização dos trabalhos.

A seguir serão apresentados os **Estudos 1 e 2**, focando inicialmente suas METODOLOGIAS (sujeitos, instrumentos, procedimento de coleta e análise dos dados). Em seguida, apresentaremos os RESULTADOS dos dois estudos, os quais foram organizados em dois grandes eixos: o **Eixo Informacional**, no qual serão examinados a natureza, o grau e as fontes das informações dos sujeitos e o **Eixo Representacional**, que investiga as representações sociais da sífilis.

ESTUDO 1

O QUE OS HOMENS SABEM SOBRE A SÍFILIS?

METODOLOGIA

Com o objetivo de se conhecer o que os homens sabiam sobre a sífilis realizou-se este estudo, cuja metodologia será exposta a seguir. Nossos objetivos específicos eram verificar se os homens detinham informações sobre a sífilis, conhecer o conteúdo e o grau destas informações e identificar as fontes das informações que os homens apresentavam sobre a sífilis.

1. Participantes

Os sujeitos foram escolhidos pela técnica de amostragem aleatória. A amostra constitui um subconjunto de uma população e, a “amostra aleatória”, um novo subconjunto por meio do qual se estabelecem ou estimam as propriedades e características da mesma. É muito utilizada na pesquisa quantitativa. Para que a amostra se torne representativa da população a ser estudada, empregam-se as leis do acaso ou das probabilidades. (Pereira, 1999).

A amostra foi calculada por domicílio, sendo que as unidades foram escolhidas a intervalos fixos a partir das quadras residenciais e seus respectivos conjuntos, com apoio do mapa de Santa Maria, conforme descrição a seguir. Os cálculos foram feitos a partir de 10% da população masculina na faixa etária de 15 a 59 anos. De acordo com dados da Subsecretaria de Vigilância à Saúde/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal, havia 33.466 homens na faixa etária citada, na região administrativa de Santa Maria (R.A. XIII), conforme

estimativa para o ano 2005 (Governo do Distrito Federal, 2007), assim, foram visitados 3.347 domicílios.

A amostra dos moradores de Santa Maria foi selecionada de forma aleatória nas quadras residenciais (QR), em áreas regularizadas, onde era possível a identificação correta dos endereços. A população das referidas quadras, em sua maior parte já se encontrava estabelecida em Santa Maria, o que reduziria um possível viés de uma população ainda em processo migratório e, portanto com reflexos de sua região de origem. Foram consideradas 45 quadras para a pesquisa¹¹.

Em cada conjunto das quadras indicadas, foram escolhidas sete residências, com as seguintes numerações de lote: 2, 5, 8, 11, 14, 17 e 20. No caso de não haver morador do sexo masculino na faixa etária de 15 a 59 anos na casa indicada era, primeiramente escolhida, a residência de número imediatamente anterior e, persistindo o problema, a entrevista era feita na casa de número imediatamente posterior à numeração de lote supracitada. A entrevista era feita com apenas um morador de cada casa.

Apesar de terem sido entrevistados 10% da população masculina de Santa Maria, na faixa etária de 15 a 59 anos (3347 sujeitos), como informado anteriormente, para efeito deste estudo foram retidas, aleatoriamente, as entrevistas de apenas 807 homens¹². Ainda, deste grupo de 807 entrevistados, foram excluídos, por não representar um total significativo de sujeitos, em sua categoria: 05 idosos, 16 sujeitos com escolaridade de nível superior e 49 sujeitos sem nenhuma escolaridade. Também foram excluídas 17 entrevistas com

¹¹ Foram visitadas as quadras QR 100, QR 103, QR 116, QR 117, QR 118, QR 201, QR 202, QR 203, QR 204, QR 205, QR 206, QR 207, QR 208, QR 209 QR 210, QR 211, QR 212, QR 213, QR 214, QR 215, QR 216, QR 217, QR 218, QR 301, QR 302, QR 303, QR 304, QR 307, QR 308, QR 309, QR 310, QR 312, QR 313, QR 315, QR 316, QR 317, QR 318, QR 402, QR 403, QR 416, QR 417, QR 418, QR 516, QR 517 e QR 518.

¹² Na pesquisa social, pode-se dizer que há um “ponto de saturação” do sentido para a avaliação de um fenômeno. Permanecendo iguais as circunstâncias, um maior número de entrevistas não melhoraria sua qualidade ou compreensão, pois embora para o indivíduo, as experiências sejam únicas, as representações destas experiências resultam de processos sociais, ou seja, há um número limitado de versões para a realidade em determinado grupo social (Bauer & Gaskell, 2007).

inconsistências nos dados sócio-demográficos, em especial nas informações referentes à escolaridade e idade.

O grupo final, formado por 720 sujeitos e com idade média de **32,27 anos**, será descrito a seguir, considerando as principais características sócio-demográficas a serem aqui trabalhadas: grupo etário, escolaridade e estado civil. Assim, estabeleceu-se, conforme Figura 4, na variável **grupo etário**:

- Jovens: de 15 a 24 anos – 275 sujeitos;
- Adultos: de 25 a 59 anos – 445 sujeitos.

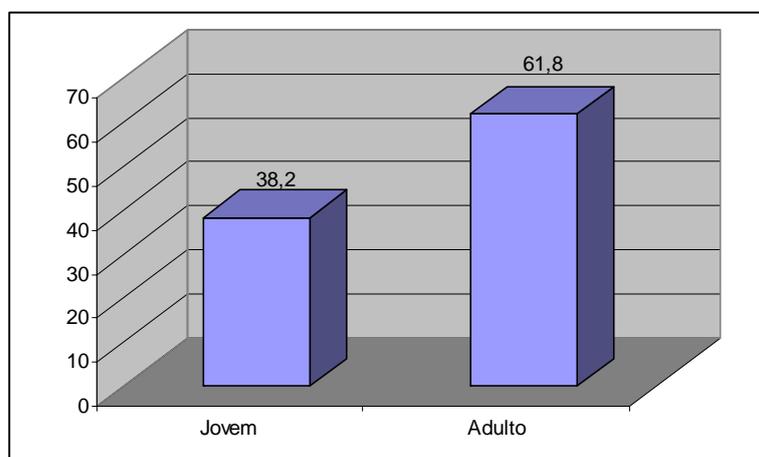


Figura 04. Distribuição dos sujeitos em função da faixa etária, em percentual. (N= 720)

Considerou-se, conforme se observa na Figura 5, como variável **escolaridade**:

- Ensino fundamental: curso completo ou incompleto – 389 sujeitos;
- Ensino médio: curso completo ou incompleto – 331 sujeitos.

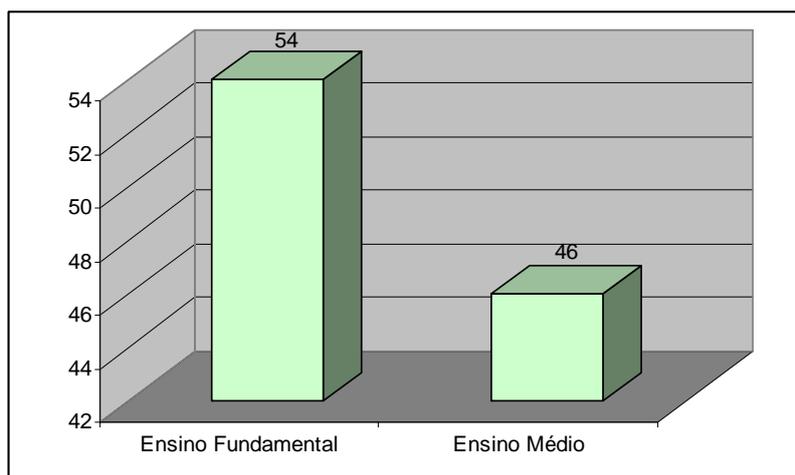


Figura 05. Distribuição dos sujeitos em função da escolaridade, em percentual. (N= 720)

A Figura 6 mostra a distribuição dos sujeitos, em porcentagem, em função do estado civil declarado, sendo que 350 homens se declararam casados, 344 solteiros e 25 separados. Apenas 1 sujeito não respondeu à pergunta sobre seu estado civil.

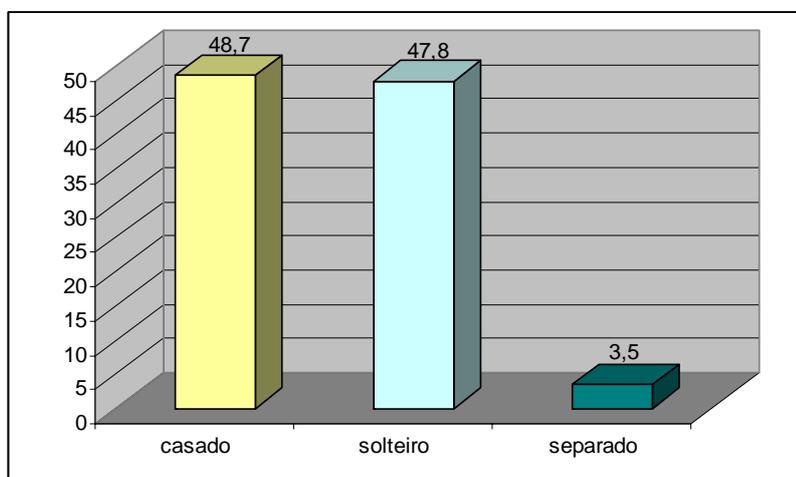


Figura 06. Distribuição dos sujeitos em função do estado civil, em percentual. (N= 720)

Constata-se, portanto, que os homens do grupo pesquisado, eram em sua maior parte: adultos, casados e com nível fundamental de escolaridade.

2. Instrumento

Utilizou-se nesta pesquisa uma entrevista estruturada¹³, (Anexo IV), elaborada para um estudo descritivo – inquérito em base populacional-territorial – a ser aplicada nos domicílios. O instrumento constava de uma primeira parte com três questões abertas a respeito da sífilis, feitas **sem fornecer nenhum tipo de informação prévia sobre a doença**. A segunda parte do instrumento se referia às características sócio-demográficas dos participantes.

Ao se elaborar o instrumento, pensou-se em conhecer se os homens de Santa Maria tinham algum tipo de informação sobre a sífilis, e em caso positivo, o que eles sabiam. A partir da constatação de que havia saberes em relação à sífilis, seria possível desenvolver o segundo eixo da pesquisa: o Eixo Representacional.

A primeira questão deste instrumento buscava conhecer o significado da sífilis para aquele grupo de homens, conforme descrito abaixo.

O que você sabe sobre a “sífilis”?

Já a segunda questão, buscava levantar o conhecimento dos homens sobre as formas de manifestação da sífilis, apenas neste momento nomeada como doença, para se buscar o entendimento da sífilis como uma doença com manifestações “externas”, caso o entrevistado tivesse atribuído a ela um significado diferente.

O que você sabe da manifestação dessa doença?

¹³ A entrevista estruturada é um instrumento utilizado para levantamentos, na qual são elaboradas questões pré-determinadas, requerendo a participação de um entrevistador (Bauer & Gaskell, 2007).

Na terceira questão buscou-se acessar os conhecimentos dos homens quanto às formas de prevenção relacionadas à sífilis.

O que você sabe da prevenção da sífilis?

No levantamento dos dados sócio-demográficos, focou-se, de forma especial, na idade, escolaridade e estado civil dos sujeitos, para se verificar se havia impacto destas variáveis sobre as respostas dos participantes .

3. Procedimentos de coleta dos dados

As entrevistas foram aplicadas no período de janeiro a fevereiro de 2006, de forma individual por 43 entrevistadores¹⁴, todos eles agentes comunitários de saúde (ACS), das equipes da Estratégia Saúde da Família de Santa Maria, os quais foram devidamente capacitados pela pesquisadora.

A aplicação do instrumento foi realizada nos domicílios, com tempo médio de 15 minutos, durante as visitas domiciliares de rotina, após a concordância do sujeito de pesquisa e aposição de sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas eram realizadas de forma reservada, tendo em vista que o caráter sexual da sífilis poderia trazer constrangimentos durante sua aplicação. O entrevistado era esclarecido que não havia respostas certas ou erradas, já que o importante era que ele dissesse o que sabia sobre a sífilis. Os sujeitos também foram informados que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento, caso sentissem algum desconforto.

¹⁴ Agradecemos a colaboração dos 43 agentes comunitários de saúde de Santa Maria.

4. Procedimentos de análise dos dados

Para se processar os dados obtidos utilizou-se a estatística descritiva com apoio do *software* Excel¹⁵. Foi realizado o cálculo de frequência dos termos evocados, após análise semântica e categorização destes vocábulos. Tal procedimento faz parte da análise de conteúdo clássica, técnica utilizada para se verificar o conteúdo das informações.

A análise de conteúdo é um método de análise de texto desenvolvido pelas ciências sociais, podendo ser considerada uma técnica híbrida que mostra características do *corpus* do texto, as quais podem também ser descritas de forma numérica, o que se fez no presente estudo. Produz inferências de um texto focal para o seu contexto social, de forma objetivada, a partir de uma construção social que leva a realidade em consideração. Para ter validade, os resultados devem estar de acordo com os materiais pesquisados e com o referencial teórico utilizado (Bauer & Gaskell, 2007).

A utilização da análise de conteúdo permite a reconstrução de indicadores, informações, representações, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos. A análise de conteúdo clássica é descritiva, a partir da contagem de frequências de todas as características codificadas no texto.

O tratamento dos dados realizou-se em etapas sucessivas, buscando-se o rigor metodológico em todos os passos. As análises categoriais foram realizadas pela pesquisadora juntamente com orientadora. Os resultados obtidos foram organizados considerando três aspectos, separadamente: “o que os homens conhecem sobre a sífilis”, suas “formas de manifestação” e suas “formas de prevenção”, todas elas relativas às informações dos sujeitos sobre a sífilis.

¹⁵ *Software* de planilha de cálculos.

A avaliação dos graus de informação dos sujeitos foi realizada pela pesquisadora e pela professora orientadora, considerando concomitantemente, os três aspectos do estudo: “o que os homens conhecem sobre a sífilis”, suas “formas de manifestação” e suas “formas de prevenção”. Calculou-se a frequência e percentual dos diferentes graus de informação estabelecidos.

Após, para verificar se havia associação entre as variáveis grupo etário, escolaridade e estado civil com os diferentes graus de informação encontrados, utilizou-se o *software* SPSS 15.0¹⁶ (Statistical Package for the Social Science) para cálculo do Teste Qui-Quadrado. Trata-se de um teste estatístico unilateral, cujos valores iniciam no zero, e valores altos, com P-valor considerado significativo, fornecem evidências de forte associação entre as variáveis categóricas (Moore, 2005).

Os resultados serão apresentados no eixo por nos denominados **Eixo Informacional**, na sessão RESULTADOS.

Na sequência, passaremos à apresentação da METODOLOGIA do **Estudo 2**, para a seguir apresentar os resultados obtidos em ambos estudos.

¹⁶ Pacote estatístico desenvolvido para uso em ciências sociais, humanas, biológicas, entre outras. Permite realizar análises estatísticas e gráficas.

ESTUDO 2

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SÍFILIS

METODOLOGIA

Com o objetivo de se conhecer as representações sociais da sífilis, após se verificar que havia informações sobre a sífilis entre os homens de Santa Maria, realizou-se este estudo. Seus objetivos específicos eram conhecer as representações sociais da sífilis entre estes homens e identificar a estrutura destas representações sociais.

1. Participantes

O Estudo 2 desta pesquisa contou com a participação de 265 homens, de 15 a 59 anos, selecionados a partir da mesma amostra aleatória da pesquisa anterior, porém em quadras diferentes das realizadas no Estudo 1. A média geral de idade dos participantes foi **26,03** anos. Foram realizadas 333 entrevistas, porém, de forma semelhante ao Estudo 1, eliminou-se 12 idosos, nove homens sem qualquer escolaridade, 24 homens com nível superior de escolaridade e três entrevistas com inconsistências nas variáveis idade ou escolaridade. Também foram excluídas as entrevistas cujos sujeitos desconheciam totalmente o termo indutor “sífilis”, por se tratar de um estudo específico para o acesso a representações sociais, e conforme já discutido anteriormente, não se pode falar em representações sociais se não houver informações sobre o objeto de estudo entre os sujeitos de pesquisa.

A Figura 7 mostra o percentual de homens jovens e adultos, considerando-se a variável **grupo etário**:

- “jovem”: de 15 a 24 anos – 209 sujeitos;
- “adulto”: de 25 a 59 anos – 56 sujeitos.

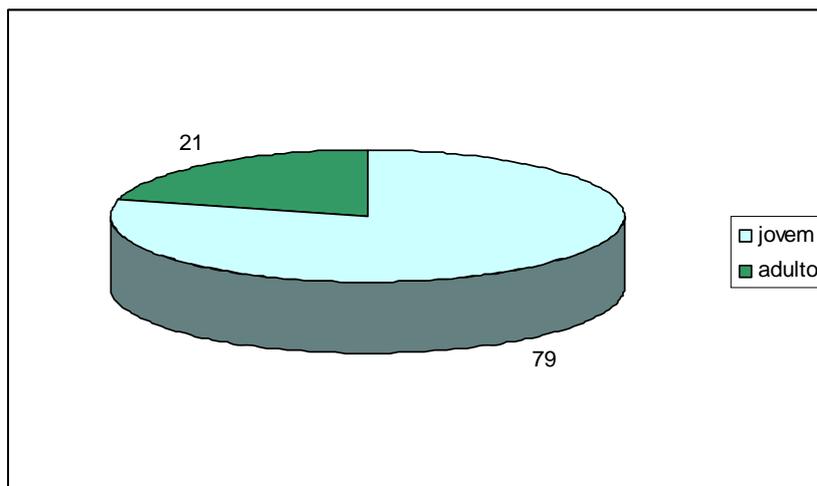


Figura 7. Distribuição dos sujeitos em função da faixa etária, em percentual. (N=265)

Na Figura 8 ilustra o percentual de escolaridade dos sujeitos. Considerou-se na variável **escolaridade**:

- “ensino fundamental”: completo ou incompleto – 104 sujeitos;
- “ensino médio”: completo ou incompleto – 161 sujeitos.

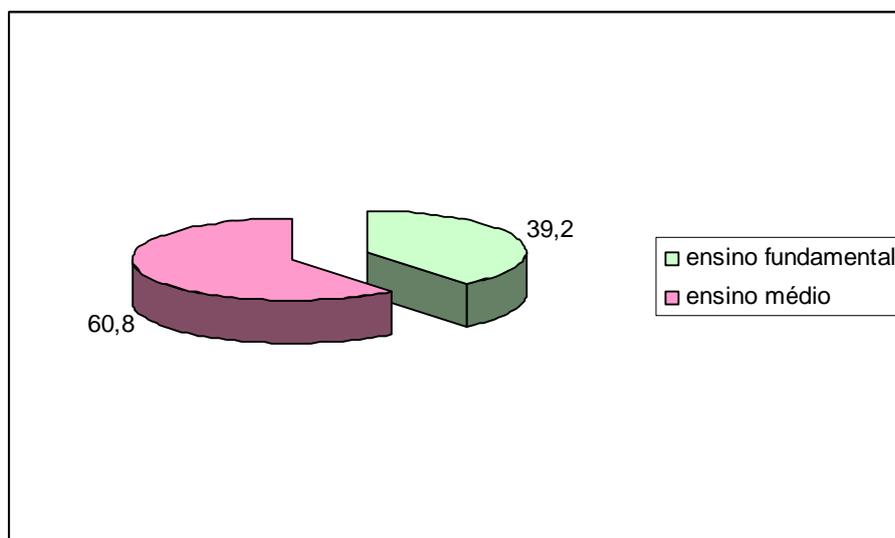


Figura 8. Distribuição dos sujeitos em função da escolaridade, em percentual. (N=265)

A Figura 9 mostra o estado civil declarado pelos sujeitos deste estudo, sendo 184 solteiros, 71 casados, 9 separados (1 sujeito não respondeu esta questão).

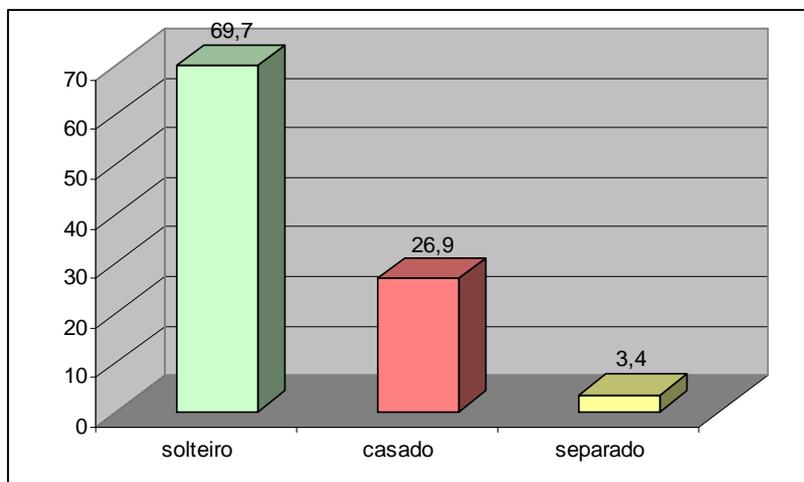


Figura 9: Distribuição dos sujeitos em função do estado civil, em percentual. (N=264)

O grupo de homens do Estudo 2 foi predominantemente de jovens, solteiros, com nível médio de escolaridade em curso ou completo.

2. Instrumento

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada (Anexo V), possuindo treze questões, divididas em três partes: na **primeira parte** (questões 1 a 4), aplicou-se a técnica de associação livre e hierarquização das palavras/frases, visando acessar as RS da sífilis; na **segunda parte** (questões 5 a 11) foram levantados os dados sócio-demográficos dos participantes; na **terceira parte** (questões 12 e 13) repetia-se a técnica de acesso às RS da sífilis com uma questão, além de questionar os participantes sobre suas fontes de informação sobre a sífilis.

A técnica de associação livre consiste em apresentar uma palavra, expressão ou frase que corresponde ao objeto de representação ao sujeito. Tais termos funcionam como **termos**

indutores, já que induzem o sujeito a evocar palavras ou frases que correspondem aos elementos das representações sociais do objeto estudado (Almeida, 2005b).

Assim, na primeira parte do instrumento deste estudo, solicitava-se ao entrevistado para falar quatro palavras ou frases que vinham à sua mente quando pensava na “**sífilis**”. Em seguida era pedido que ele indicasse as duas palavras evocadas por ele consideradas como as mais importante e, prosseguindo, a mais importante de todas. Por fim, era pedido que justificasse porquê considerava a palavra escolhida como a mais importante. Tal procedimento, além de possibilitar o acesso às representações por meio da associação livre, também permite verificar a estrutura da representação, que será analisada por meio do cruzamento da ordem de evocação com a frequência das palavras/frases evocadas.

Na segunda parte o instrumento, referente aos dados sócio-demográficos, foram levantadas informações acerca da idade, estado civil, escolaridade, religião, profissão, relações sexuais fora do casamento e relações sexuais com outros homens.

Na terceira parte do instrumento era solicitado, conforme descrito abaixo, que o entrevistado dissesse mais uma vez tudo que ele sabia sobre a sífilis, para assegurar o acesso ao conteúdo das representações sociais.

Pense bastante e me diga, sem pressa, tudo o que o senhor sabe sobre sífilis

Em seguida, foram apresentadas ao sujeito as opções para que ele indicasse onde ele havia aprendido o que falou sobre a sífilis, ou seja, as fontes de informação sobre a doença.

Como o senhor sabe ou aprendeu essas coisas sobre a sífilis:

- leu em revistas
- ouviu em rádio
- assistiu na TV
- ouviu em palestras nos centros de saúde
- aprendeu na escola
- aprendeu com médicos
- aprendeu com enfermeiros
- outros _____

3. Procedimentos de coleta

Os dados não foram coletados com os mesmos sujeitos entrevistados anteriormente no Estudo 1, e nem no mesmo domicílio, pois as entrevistas foram feitas por ACS de equipes diferentes (cada ACS tem uma micro-área de abrangência, pertencente ao território da equipe da Estratégia Saúde da Família, na atenção primária à saúde, e a pesquisa foi realizada em sua área de trabalho, durante as visitas domiciliares).

A coleta de dados ocorreu em março de 2006, realizada por 29 entrevistadores, devidamente treinados pela pesquisadora. O ACS falava das instituições envolvidas na pesquisa – UnB e SES-DF – e ressaltava a importância da contribuição do entrevistado para a melhoria das condições de saúde da população local, agradecendo antecipadamente a colaboração.

A aplicação da entrevista era feita após a concordância do sujeito e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma reservada. Antes de apresentar o Termo indutor, o ACS lia o texto introdutório, presente no instrumento, que informava que muitos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a sífilis, vinham sendo atendidos nas unidades

A Secretaria de Saúde tem atendido muitos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis e está querendo conhecer melhor a sífilis aqui em Santa Maria

4. Procedimentos de análise

Para se realizar a análise dos dados coletados no Estudo 2 - Eixo Representacional - foram efetuadas três análises: 1. análise lexical das representações sociais, com o auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte*). 2.

análise da estrutura das representações sociais, com o apoio dos softwares EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*) 3. análise da centralidade dos elementos das RS, efetuando o cálculo de queda de frequência/porcentagem das palavras principais.

Na primeira análise, a Análise Lexical das Representações Sociais, promoveu-se a análise lexical das respostas dos participantes à questão 12 instrumento, na qual lhe era solicitado que ele dissesse tudo o que sabia sobre a sífilis. O ALCESTE se propõe a descobrir a informação essencial do texto, a partir de uma análise estatística prévia do arquivo único dos materiais textuais coletados em cada entrevista ou questão – Unidade de Contexto Inicial (UCI). O conjunto das UCIs é denominado *corpus*, sendo que o *software*, divide em Unidades de Contexto Elementar (UCE), frases habitualmente identificadas por meio dos caracteres de pontuação e tendo aproximadamente três linhas (Ribeiro, 2000).

A primeira análise estatística efetuada pelo ALCESTE é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que calcula os fragmentos de texto em classes lexicais, apresentando suas oposições sob forma de árvore - dendograma. Após, efetua-se a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), permitindo a visualização em plano fatorial, das oposições encontradas na CHD (Ribeiro, 2000).

Cada classe é composta de UCEs que aparecem como enunciados lingüísticos nos quais se anuncia o pensamento. As classes podem ser interpretadas como contextos semânticos, sendo semanticamente homogêneas. As palavras mais frequentes que aparecem nas classes, em geral se ligam fortemente à sua classe, com valores altos de Qui-quadrado.

Após todo o processamento quantitativo, o pesquisador procede a uma análise mais qualitativa, apoiando-se nos resultados que apareceram na CHD, na descrição das classes e na seleção de UCEs mais características das classes, Destes resultados é extraído o sentido do discurso, o qual deve ser, em seguida, reconstituído pelo pesquisador apoiado na teoria

utilizada e no seu conhecimento do campo de pesquisa. Constrói-se, desta forma, um quadro que sintetiza os resultados gerados nas análises, conforme Figura 10.

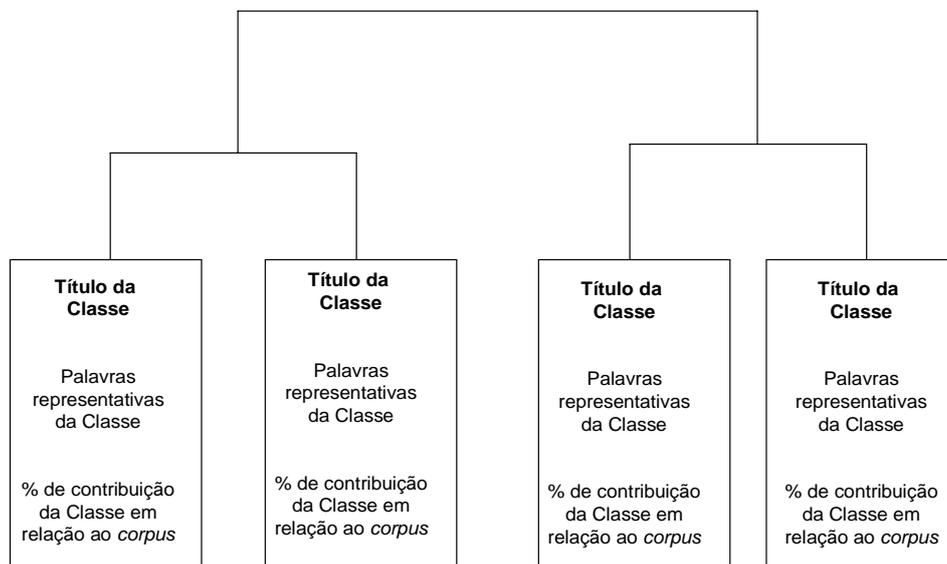


Figura 10. Quadro geral dos resultados para processamento no ALCESTE

Na segunda análise - **Análise da Estrutura das Representações Sociais** -, efetuada sobre as respostas dos participantes à questão 1 do instrumento, utilizou-se o *software* EVOC. Este é específico para o estudo da estrutura e organização interna das representações sociais, ou seja, do conteúdo das representações sociais.

O EVOC, por meio de uma análise da frequência e ordem de evocação, busca identificar a organização interna das representações, ou seja, os prováveis elementos do **Núcleo Central** e do **Sistema Periférico** das representações sociais do objeto em questão, para o grupo estudado. Os resultados deste cruzamento são apresentados em quadrantes que

se dividem em dois eixos, sendo o eixo vertical referente à frequência das evocações e o horizontal, referente à ordem de evocação, conforme Figura 11 (Ribeiro, 2000).

	Ordem média de evocação	
F R E Q U Ê N C I A	Núcleo Central (maior frequência e menor ordem de evocação)	Sistema Periférico – Periferia Próxima (maior frequência e maior ordem de evocação)
	Sistema Periférico – Periferia Próxima (menor frequência e menor ordem de evocação)	Modulações individuais – Periferia Residual (Menor frequência e maior ordem de evocação)

Figura 11. Apresentação dos resultados processados pelo EVOC.

Os elementos mais prontamente evocados e com maior frequência são considerados os mais relevantes e, possivelmente, farão parte do Núcleo Central. No Sistema Periférico, constituído por um maior número de idéias acerca do objeto representado, aparecem elementos significativos, porém com menor saliência na organização. Os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados fazem parte das modulações individuais ou Periferia Residual.

Na terceira análise, foi realizado um teste de centralidade dos elementos por meio da **Análise das Palavras Principais** indicadas pelos sujeitos na leitura da frase exposta a seguir.

Agora me indique duas dessas palavras que você considera como mais importantes (faça um X na questão anterior)

Primeiramente se calculou a frequência dos termos mais significativos indicados pelos sujeitos. Após, procedeu-se à análise de palavras principais, a qual se faz a partir do cruzamento dos elementos centrais e periféricos encontrados no processamento do EVOC,

com as palavras consideradas importantes para o sujeito. Calculou-se, então, a queda de frequência, obtendo-se um segundo indicador de elementos centrais e periféricos.

A análise das fontes de informação sobre a sífilis foi realizada com apoio do *software* Excel para as estatísticas descritivas. Os dados foram agrupados em categorias definidas pela pesquisadora e a orientadora. Acrescentou-se nesta categorização, os dados que foram trazidos pelos sujeitos na especificação da opção “outros” e que se relacionavam com as categorias formadas.

Após a categorização, foi calculado seu percentual. A análise se dará pelo total de respostas e não pelo total de sujeitos, sendo considerado o universo de 365 respostas. Também foram calculados os percentuais das categorias em relação ao grupo etário e escolaridade dos sujeitos.

A seguir, serão apresentados os Resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme a divisão por eixos de análise, já apontada anteriormente. Primeiramente, será apresentado o **Eixo Informacional** e, em seguida, o **Eixo Representacional**.

1. EIXO INFORMACIONAL

Conforme já exposto anteriormente, o conteúdo das representações sociais envolve três dimensões: a atitude, a informação e o campo representacional. Enfatizando a informação, neste Eixo considera-se que esta dimensão relaciona-se com a organização dos saberes que um grupo possui a respeito de um objeto social, neste caso, a *sífilis*. Caso se

constate que não há informações coerentes a respeito de um objeto para determinado grupo, não se pode falar da existência da dimensão informacional e, por conseqüência, de representação social, a qual é considerada como um *corpus organizado de saberes* que tornam inteligíveis a realidade física e social, permitindo as trocas no grupo social (Moscovici, 1961/1978).

Moliner (1996) amplia esta discussão, considerando o termo “*informação*” insuficiente para explicar o caráter dinâmico que envolve a aquisição de conhecimentos, onde o sujeito não é apenas um receptor passivo, mas possui um papel ativo na aquisição destes conhecimentos. A aquisição de tais informações seria proveniente de três fontes: as experiências e observações do sujeito, as comunicações às quais ele está exposto e as crenças por ele elaboradas.

Tomando-se como base as três condições definidas por Moscovici e aprofundadas por Herzlich, como prévias ao surgimento de representações sociais têm-se: a **dispersão da informação** – os indivíduos podem ou não ter acesso a informações úteis a respeito do objeto; a **focalização** – posição do grupo social em relação ao objeto, determinando interesse ou desinteresse do grupo; e **pressão à inferência** – que favoreceria a adesão dos indivíduos às opiniões dominantes no grupo. Destas três condições, pode-se dizer que a maior parte dos objetos do campo social são mal definidos em relação à **dispersão**, aos quais os sujeitos se interessam em diferentes graus devido à **focalização** e, em relação aos quais eles são levados a tomar posição – **pressão à inferência** (Moliner, 1996).

Diante do caráter dinâmico da informação que articula as relações intragrupo e intergrupos, Moscovici (1961/1978) explica que determinados saberes podem colocar em questão a legitimidade das aptidões, dos comportamentos, dos códigos de interpretação das relações pessoais ou de sua historicidade. A integridade psicológica e social dos indivíduos, portanto, pode ser afetada pelo conflito entre o medo e a necessidade de se conhecer. Quando

este conflito aparece em relação ao conhecimento científico pode haver uma ameaça à identidade, gerando representações do conhecimento adquirido, em forma de defesa para se atenuar e enfrentar a “*ameaça*”.

Entende-se, ainda, que a informação aparece de forma diferenciada nos diversos grupos sociais, mantendo um forte vínculo com a comunicação. Para Moscovici (1961/1978), cada grupo tem seus modos dominantes de comunicação, de acordo com sua posição social. A Psicanálise, o objeto de pesquisa de sua obra seminal, mostrava a pluralidade das respostas, em razão do grupo de pertença dos sujeitos, classificadas da seguinte forma:

- Comunicação institucional (a escola) e não institucional (literatura);
- Comunicação direcional (meios de comunicação) e de impacto ou transitiva (relações interpessoais).

Levando-se em conta a dispersão da informação, pressupõe-se que nem todos os indivíduos ou grupos têm acesso à comunicação institucional e/ou não-institucional. Na comunicação direcional, embora a difusão da informação tenha valor de “informação”, tem também de “poder”, e sua aceitação está ligada à pertença grupal com a qual o receptor (leigo) se identifica. Quando um novo conhecimento se aproxima do campo intelectual do indivíduo suscita conflitos, questões para as quais não se conheciam respostas e são dadas respostas onde não havia questões. Desta forma, a sociedade interdita visões e participações de seus membros, de acordo com sua cultura. Tal fenômeno, capaz de alterar identidades, demonstra uma interação entre ciência e sociedade, que nem sempre ocorre de forma harmônica (Moscovici, 1961/1978).

A comunicação de impacto está ligada a cerimoniais precisos como ordem de precedência nas falas, disponibilidade de tempo para a escuta e posturas físicas dos interlocutores, com finalidade de interação. As informações circulam de forma a criar uma

espessura para o objeto e conferir-lhe uma realidade “falada”. A conversação, então, segundo Moscovici (1961/1978, p. 100) “(...) é uma atividade experimental das coletividades. É certamente uma atividade que não está isenta de um alto grau de redundância, grande número de falhas, de vacilações; não há uma preocupação muito grande com a eficácia quando se conversa (...)”. O autor considera a conversação como o veículo mais importante de preservação da realidade, ou seja, um “aparelho” que mantém, modifica e reconstrói sua realidade subjetiva.

O Eixo Informacional se propõe a estudar tais fenômenos, com o objetivo de verificar se os homens de Santa Maria tinham informações sobre a sífilis. Para isto, serão apresentadas a seguir três dimensões estudadas neste eixo: 1. a natureza ou conteúdo das informações, 2. o grau de informação; 3. as fontes das informações dos sujeitos, a partir de dados obtidos nos Estudos 1 e 2 realizados na presente pesquisa.

1.1- A natureza das informações

Para a compreensão da natureza ou conteúdo das informações, foram utilizados os dados do Estudo 1. A principal preocupação era conhecer o que os homens sabiam sobre a sífilis e se eles conheciam as formas de manifestação da doença e os cuidados relativos à prevenção da sífilis.

A Tabela 8 apresenta as categorias e os termos utilizados pelos entrevistados **o que Sabem sobre a Sífilis**.

Tabela 08. Categorias/termos utilizados pelos entrevistados relativos ao que sabem sobre a sífilis

Categorias	Termos utilizados (N=737)
Doença genérica	Algum tipo de doença, doença, doença muito dolorida, doença que cura, doença qualquer, doença periódica
Doença do sangue	Alguma coisa no sangue, alteração no sangue, doença no sangue, doença que transmite no sangue, fraqueza no sangue
Doença que ameaça	Aterrorizante, coisa esquisita, coisa não muito boa, coisa ruim, doença chata, esquisita, doença feia, doença gravíssima, doença muito grande no mundo, doença muito grave, doença muito ruim, doença muito sinistra, doença muito séria, doença nojenta, sofrimento, coisa ruim, fico nervoso, horror, medo, pavor, preocupação, problema sério, terror, pânico, vergonha
Doença “externa”	Caroço, coceira, ferimento, cancro duro, ferida na boca, manchas, sarna, antiga lepra
Doença hereditária	Coisa genética que passa de pai para filho, doença hereditária, genético, vem através de gerações
Doença sexual	Contato conjugal, doença causada pelo pênis, doença de mulher, doença venérea, doença de rua, doença do sexo, doença igual a aids, doença no pênis, DST, doença venérea, doença sexual, DST normal em descendente africano, problema no pênis
Doença contagiosa	Doença contagiosa, vírus, altamente contagiosa, doença transmissível, infecção, inflamação
Falta de Cuidado	Falta de cuidado, higiene, falta de prevenção, prevenir, sexo sem prevenção
Outros	Bom relacionamento, corpo
Não sabe	Estou por fora, já ouvi falar, nada, não sabe, não conhece, sei lá

A Figura 12 ilustra a distribuição destas categorias, em percentual (número de termos em cada categoria / número total de termos), a partir de um universo de 737 termos, conforme mostrado na Tabela 8.

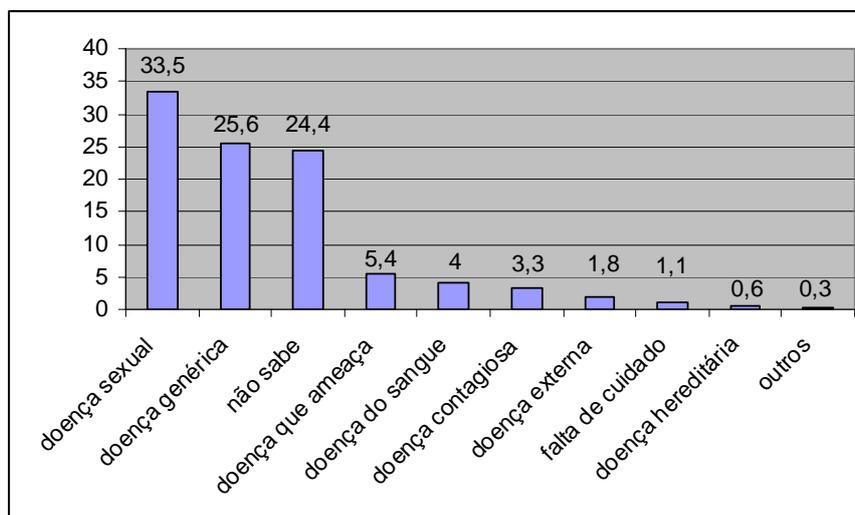


Figura 12. Percentual das categorias formadas para “o que sabem sobre a sífilis”

O fato da maior frequência de respostas – 33,5% - corresponder à categoria “doença sexual” demonstra que grande parte dos entrevistados atribuía à sífilis um sentido sexual. Levando-se em conta que, no momento da entrevista, ao se abordar a primeira questão aberta,

nenhuma informação sobre a doença havia sido disponibilizada ao entrevistado, este dado se torna ainda mais relevante em nossa análise.

O reconhecimento da sífilis como uma DST – categoria de doenças na qual a sífilis se encontra atualmente inserida - é um conhecimento básico que permite a incorporação de outras informações relevantes ao controle da doença, tendo em vista que o modo de transmissão sexual é o mais comum, embora exista ainda, a transmissão vertical (indiretamente relacionada à transmissão sexual) e a transmissão sanguínea – esta, rara em nossos dias.

Diferentemente, a categoria “doença genérica”, que corresponde a 25,6% das respostas, aponta para o reconhecimento da sífilis como doença sem lhe atribuir um sentido específico – sentido sexual, cujo reconhecimento conforme já mencionado anteriormente, pode ser considerado fundamental. Se por um lado, pode-se dizer que os entrevistados tinham noção de que pelo menos o termo “sífilis” tratava-se de uma doença, por outro, levando-se em conta o contexto de uma entrevista realizada por um ACS, que visita sua família no mínimo mensalmente para acompanhar o estado de saúde das pessoas que ali residem, pode-se questionar se eles responderam que era uma doença porque realmente tinham informações de que assim o era. Bauer e Gaskell (2007) dizem que muitas vezes o entrevistado responde aquilo que pensa que o entrevistador gostaria de ouvir. Esta discussão será retomada na dimensão grau de informação, ainda no presente Eixo de estudo.

A categoria “não sabe”, que também aparece bastante freqüente tem sua importância, tendo em vista o objetivo deste Eixo informacional. Esta categoria somada à categoria “outros”, 24,7% das respostas, representam a falta de informação total sobre a doença. Vale ressaltar a importância da **informação** na gênese da representação social, ou seja, algo sobre o qual não se dispõe de informação jamais será objeto de representação social, pelo menos enquanto permanecer a ausência de informações. Neste caso, ainda havia em

Santa Maria um grupo de homens que não dispunha de informações sobre a sífilis e para os quais a sífilis não poderia ser objeto de representação social até aquele momento.

No estudo realizado por Roazzi, Fedricci e Carvalho (2002), sobre as representações sociais do medo entre adultos, as representações foram agrupadas em quatro grandes grupos: saúde, entidades sobrenaturais, violência social e abandono. Na categoria saúde, as representações encontradas foram **morte**, **aids**, **doença** e **sangue**, sendo a aids o elemento mais central, com papel aglutinador de sentido em relação aos outros elementos. Não houve diferenças entre homens e mulheres em relação aos medos. Neste Eixo Informacional, embora não específico para o acesso de representações sociais, as quais serão estudadas mais adiante, observa-se que a sífilis provoca medos (ameaça) que aparecem associados, nesta análise, ao desconhecimento, à morte, à aids e à impotência sexual. O elemento **sangue**, aqui não aparece relacionado ao medo, mas como parte da identidade da sífilis, nomeada por eles como “*doença do sangue*”.

Além do medo, outro aspecto que se sobressai é a rejeição: “*Quero isto distante de mim*”. Acredita-se que, historicamente, quando a sífilis era considerada como uma condição estrangeira, recorria-se a uma estratégia projetiva, semelhante ao que ocorreu com a aids após sua descoberta. No estudo de Oltramari e Camargo (2004), sobre as representações sociais da aids entre mulheres profissionais do sexo, a aids aparece como “*doença do outro*”, de “*pessoas suspeitas*”. A projeção da responsabilidade pela origem e desenvolvimento da doença em “outros grupos” – exogrupo - distancia o sujeito da ameaça (Joffe, 2008). Esta fala, a qual pode trazer à tona estereótipos e preconceito, também aparece no presente estudo quando um dos sujeitos significa a “**Sífilis**” como:

- “*DST normal em descendente africano*”. (Sujeito 486).

Segundo a Teoria da Identidade Social, proposta por Tajfel em 1979, a identidade social de uma pessoa se constitui pelas identificações e filiações a diversas categorias sociais.

Esta identidade é dirigida por motivos dicotômicos no nível individual: necessidade de inclusão e necessidade de diferenciação (Taylor & Moghaddam, 1994).

Aprofundando esta análise, a comparação social aliada ao preconceito e à percepção dos membros do exogrupo - reconhecidos como tais - pode levar a processos de despersonalização e até mesmo de desumanização de indivíduos e grupos, observados em estudos experimentais e em situações de guerra. Estas situações extremas aparecem sob a condição básica da existência de fronteiras nítidas e imutáveis entre os grupos (Álvaro & Garrido, 2006).

No presente estudo, pode-se dizer que a sífilis entendida como uma doença com sentido sexual pode estar permeada de preconceitos e estereótipos.

A seguir, apresentamos os termos que formaram as categorias que compõem a dimensão **formas de manifestação da sífilis**, na Tabela 9.

Tabela 09. Categorias/termos utilizados referentes às formas de manifestação da sífilis

Categorias	Termos utilizados (N= 733)
Doença genérica	Algum tipo de doença com várias maneiras, de uma hora para outra, doença crônica, dor nos ossos, dor nas juntas, deficiência imunológica qualquer, febre alta, dor
Doença do sangue	Através do sangue, doença no sangue, sangue fraco
Doença que ameaça	Deus me livre
Doença “externa”	Afta, amarela, fraca, ardor, inchaço, manchas pelo corpo, caroço, caroços nos órgãos genitais, lesões, feridas no corpo, impinge, bolhas amarelas, bolhas no pênis, feridas na boca e regiões, bolinhas brancas, caroços no pênis, pus, vermelhidão, coceira, corrimento, corrimento no pênis, ferimentos, manchas, secreção amarelada, aparência anormal, feridas, feridas na genitália, hematoma, ínguas na região do pênis, manchas na pele, machucado, lesão primária, irritação no pênis, prurido no pênis, rugas no pênis, pereba, sintomas na pele, verrugas, tumores
Doença hereditária	Vem de pai e mãe
Doença sexual	Após o ato sexual, ato sexual, através da relação sexual, através do sexo, beijos, vários parceiros, canal da urina, dores ao urinar, doença sexual, DST, dores no canal uretral, doença venérea, fazendo sexo, igual a gonorréia, no pênis, relação com parceira contaminada, é igual a aids
Doença contagiosa	Contato com roupas íntimas, contato com outras pessoas que estejam doentes, contágio
Cuidado	Falta de higiene
Não sabe	Depende, desnutrição, através do que aprendemos no colégio, esqueci, escola, lembro bem de longe, não, mais ou menos, não lembra, não sabe, sim, superficialmente

Como na análise anterior, as categorias foram aqui formadas mantendo-se o mesmo nome, haja vista a semelhança nas respostas. A distribuição das categorias sobre as **Formas de Manifestação da Sífilis** (em percentual) pode ser observada na Figura 13.

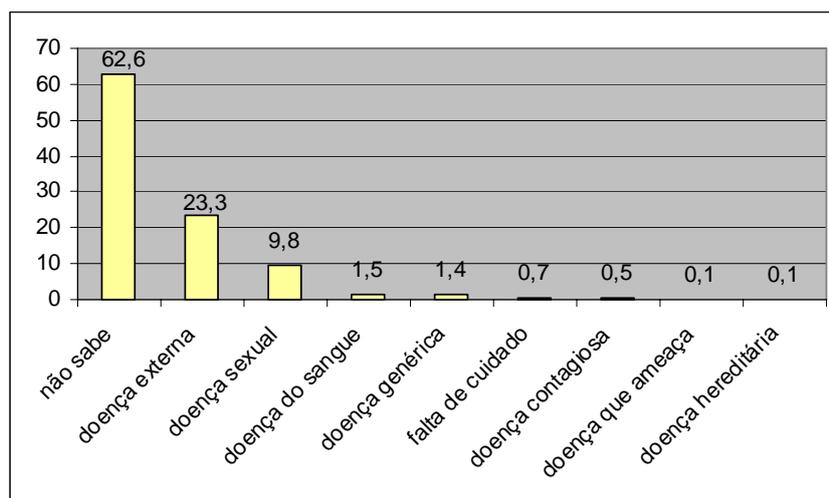


Figura 13. Percentual das categorias formadas para “formas de manifestação da sífilis”

O que se sobressai nestas categorias é a falta de informação sobre as formas de manifestação da doença – 62,6%. Isto demonstra que a maior parte dos homens desconhecia os sinais e sintomas clínicos da sífilis, o que nos leva a pensar que, caso eles se infectem não reconhecerão a doença, o que pode justificar, em parte, a negação que se percebe nos serviços de assistência às gestantes, quando seus parceiros sexuais são convocados para tratamento e não comparecem. Aprofundando na complexidade do fenômeno, as próprias características da doença – vários tipos de sinais e sintomas, longos períodos de latência e possibilidade de desenvolvimento de formas assintomáticas da doença - contribuem para tal situação.

Apenas 23,3% dos entrevistados evocaram termos categorizados como “doença externa”, referindo-se a lesões e outros sinais clínicos da doença. Entretanto, grande parte de suas referências não correspondia a formas de manifestação da sífilis, ou então, não se expressaram de forma correta, pelo fato de diversos termos não fazerem parte de seu universo semântico. Muitos, como o Sujeito 27 (20 anos, nível fundamental de escolaridade), por exemplo, emitem respostas incorretas - “*corrimento no pênis*” – sintoma de outras DST diferentes da sífilis. Alguns homens, porém, responderam até mesmo com termos técnicos, sugerindo que tenham estudado sobre a sífilis, ou que já tiveram a doença ou que alguém

próximo a eles tenha tido e tenha lhes contado. Isto pode ser observado na fala do Sujeito 87 (28 anos, nível médio): “*Lesão primária nos órgãos genitais...*”.

Um percentual de 14,1% respondeu algo diferente da pergunta que foi feita “- *Você sabe como essa doença se apresenta?*”. No entanto, estes homens deram respostas que tinham relação com a sífilis, em especial com sua transmissão sexual – 9,8% responderam termos categorizados como **doença sexual**. É possível que não tenha havido um entendimento da pergunta por parte dos entrevistados, ou ainda, que como não sabiam responder a pergunta, utilizaram como resposta as informações que dispunham sobre a doença.

A maior preocupação dos serviços de saúde com a sífilis refere-se ao seu controle, pois se uma pessoa tem a doença e não reconhece seus sinais e sintomas, é muito provável que esta pessoa não procure tratamento e seja um potencial transmissor da doença.

Os termos que formaram as categorias que compõem a dimensão **formas de prevenção** em relação à sífilis podem ser observados na Tabela 10. Como em relação à prevenção os termos que apareceram eram mais específicos, foram criadas novas categorias.

Tabela 10. Categorias/termos referentes às formas de prevenção

Categorias	Termos utilizados (N=695)
Abstinência Preservativo	Abstinência, evitando relação, não tendo relação sexual, se defender das pessoas não tendo contato, Camisinha, usar preservativo, meios de prevenção como a camisinha, usar camisinha, não tendo relação sem camisinha, no meu tempo não existia a camisinha, preservativo, primeiramente usando camisinha, proteção com preservativo, transar sempre com camisinha mesmo conhecendo a pessoa, usando camisinha, mesma prevenção da aids, usando métodos contraceptivos, usando preservativo
Parceiro fixo	Parceiro fixo, evitando ter mais de um parceiro, evitando vários parceiros, ficando sempre com a mesma pessoa, ficar só com a mulher da casa, não compartilhar, não sair com outras, menor número de parceiros, ser fiel à esposa
Parceiro conhecido	Conhecendo a parceira, escolher a pessoa certa, evitar contato com pessoas infectadas, não procurar mulher na rua, não transar com qualquer uma, cuidar no contato com pessoas que tenham sífilis
Médico Higiene	Procurando o médico, indo ao médico, orientação médica Falta de higiene, higiene pessoal, alimentação, higiene, lavando bem o pênis, não deixar sujo, lavando as partes todo dia
Sexo oral e anal Educação em saúde	Não fazer sexo oral, não praticar sexo oral e anal Palestra
Consciência Medicação	Parar e pensar para se prevenir, sempre no momento do ato sexual tem que se prevenir Passando remédio, tinta de caneta, tomando remédio
Deus Não sabe	Pedindo força a Deus É difícil porque vem casualmente, mais ou menos, filtro solar, não, não sabe, usando os produtos

A distribuição das categorias relativas às **Formas de Prevenção da Sífilis**, em percentuais, aparece na Figura 14.

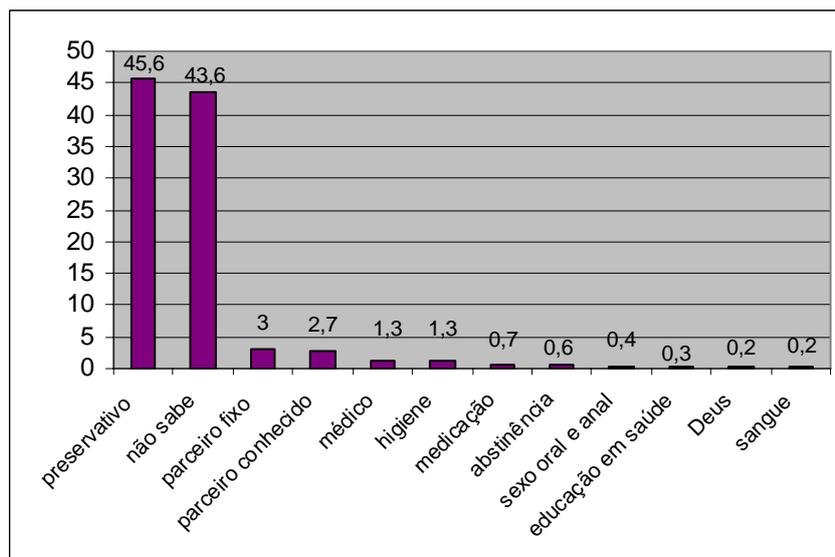


Figura 14. Percentual das categorias formadas para “formas de prevenção da sífilis”

De acordo com Berquó, Barbosa e Lima (2008), o uso de preservativos tem se ampliado no Brasil, o que aparece nos resultados de sua pesquisa com a população brasileira. No presente estudo, a aceitação do preservativo aparece claramente como 45,6% das respostas, demonstrando que há informações entre grande parte dos homens pertencentes ao grupo estudado sobre a prevenção da sífilis por meio da utilização de preservativos. Sendo que, somadas ao preservativo (abstinência, 0,6%; relacionar-se com parceiro fixo, 3%; relacionar-se com parceiro conhecido, 2,7%; evitar a prática de sexo oral e anal, 0,4%), 52,3% das respostas correspondem às formas de prevenção da sífilis que se relacionam com o comportamento sexual. Isto reforça o resultado anterior, que atribuía um sentido sexual à sífilis.

Entretanto, apesar da existência de informações sobre a doença - o que aponta para a caracterização da sífilis como fenômeno social - ressaltamos as categorias: “*parceiro conhecido*” e “*parceiro fixo*”. Estas categorias, que se referiam ao controle do comportamento sexual, sofrem influência de uma cultura de confiança e/ou desconfiança, caso se peça ao parceiro para usar preservativo. Na pesquisa de Berquó, Barbosa e Lima (2008), citada acima, os resultados mostram que a estabilidade da parceria reduz o uso de preservativo, em

contraste à ampliação de seu uso com parceiros eventuais. Ou seja, apesar da existência de informações, elas são utilizadas ou não nas práticas sociais de acordo com representações e normas sociais do grupo de pertença.

Considerando, mais uma vez, que os entrevistados não foram informados durante a entrevista que a sífilis se tratava de uma DST, infere-se que a maioria deles tinha informações consoantes com aquelas disponibilizadas pela ciência – o **universo reificado** -, ou seja, que a prevenção da sífilis se faz por meio de medidas de controle do comportamento sexual.

A associação da sífilis às representações da aids também pode estar contribuindo para esse aparente fenômeno de maior conhecimento e controle do comportamento sexual, o que aparece na fala do Sujeito 485 (18 anos, ensino médio). Ele significa a sífilis como: - *“terror, pânico”* e nas formas de prevenção ele responde: - *“mesma prevenção em relação à aids”*. Ou seja, ainda que o indivíduo não disponha de informações específicas e atuais sobre a sífilis, o que lhe causa medo, ele seria capaz de se prevenir das DST associando-as à aids, cuja prática preventiva é a mesma para todas as doenças, especificamente em relação à aids e a sífilis.

A categoria “sangue”, também ligada à transmissão, aparece aqui em 0,2% das respostas. Apesar da transmissão sanguínea da sífilis ainda existir, ela é muito rara, e estaria mais relacionada a acidentes de trabalho ou ao compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis, tendo em vista a rigidez no controle do sangue nos hemocentros.

As categorias “médico”, “consciência”, “educação em saúde”, relacionados com diferentes tipos de saberes, somam 3,1%, indicando que os entrevistados “sabiam” onde buscar as informações para se prevenirem da sífilis, caso considerassem necessário.

As categorias ligadas a formas de prevenção que se referiram a um cuidado aparentemente sem vínculo com o sentido sexual atribuído à doença - “higiene” e “medicação” - somam 2%. Com relação à medicação, em especial, auto-medicação, segundo

Gomes, Nascimento e Araújo (2007), as farmácias têm sido vistas pelos homens, muitas vezes, como instâncias “*semiprofissionais*” onde se buscam conselhos sem a necessidade de se exporem ou enfrentarem filas em um serviço de saúde, no caso do aparecimento de sintomas. Especificamente em relação às DST, as farmácias se caracterizaram por muitos anos como um local de “prescrição” e compra de antibióticos a serem utilizados de forma indiscriminada. Somente em outubro de 2010 ocorreu a regulamentação da venda de antibióticos no Brasil, o que deverá coibir esta prática sem a devida prescrição médica. No presente estudo, destaca-se, ainda, o uso de remédios caseiros, como pode ser observado na resposta do Sujeito 313 (53 anos, ensino fundamental): - “*tinta de caneta*”, a ser utilizada como forma de prevenção.

Percebe-se então, que a maioria dos homens conhecia formas de se prevenir da sífilis, no entanto, 43,6% não as conheciam. Embora as formas de prevenção conhecidas aparecessem influenciadas por elementos do contexto social - seja da confiança em um parceiro fixo ainda que com sorologia para sífilis desconhecida, ou com o conhecimento de que usar preservativo previne a sífilis, mesmo sem se conhecer bem a doença – considera-se a importância da existência de informações.

Sobre a natureza das informações relativas à sífilis, pode-se dizer que a maior parte dos homens dispunha de informações, em especial, que se tratava de uma doença, mais especificamente de uma DST, a qual podia ser prevenida com o uso de preservativos. No entanto, deve ser considerado um subgrupo que não dispunha de informações sobre a sífilis, ou seja, havia informações, porém nem todos os homens as compartilhavam.

1.2- O grau de informação dos sujeitos

Com a finalidade de se avaliar o grau de informação dos sujeitos, como no estudo da natureza da informação, foram utilizados os dados do Estudo 1.

Para se estabelecer critérios de avaliação, os termos evocados pelos sujeitos foram inicialmente classificados como termos que se referiam a informações consistentes ou informações inconsistentes em relação ao objeto. Esta classificação aparece na tabela abaixo.

Tabela 11. Termos considerados por grau de informação a respeito da sífilis

Temas	Sem informação consistente	Com informação consistente
Saberes sobre a sífilis	Estou por fora, já ouvi falar, nada, não sabe, não conhece, sei lá, Bom relacionamento, corpo, falta de cuidado, higiene, falta de prevenção, prevenir, manchas, sarna, antiga lepra, ferimento, alguma coisa no sangue, alteração no sangue, doença no sangue, fraqueza no sangue.	Doença contagiosa, vírus, altamente contagiosa, doença transmissível, infecção, inflamação, Contato conjugal, doença causada pelo pênis, doença de mulher, doença venérea, doença de rua, doença do sexo, doença igual a aids, doença no pênis, DST, doença venérea, doença sexual, DST normal em descendente africano, problema no pênis, Algum tipo de doença, doença, doença muito dolorida, doença que cura, doença qualquer, doença periódica, sexo sem prevenção, coisa genética que passa de pai para filho, doença hereditária, genético, vem através de gerações, caroço, coceira, cancro duro, ferida na boca, doença que transmite no sangue, aterrorizante, coisa esquisita, coisa não muito boa, coisa ruim, doença chata, esquisita, doença feia, doença gravíssima, doença muito grande no mundo, doença muito grave, doença muito ruim, doença muito sinistra, doença muito séria, doença nojenta, sofrimento, coisa ruim, fico nervoso, horror, medo, pavor, preocupação, problema sério, terror, pânico, vergonha.
Formas de manifestação	Depende, desnutrição, através do que aprendemos no colégio, esqueci, escola, lembro bem de longe, não, mais ou menos, não lembra, não sabe, sim, superficialmente, falta de higiene, algum tipo de doença com várias maneiras, de uma hora para outra, doença crônica, dor nos ossos, dor nas juntas, deficiência imunológica qualquer, febre alta, dor, através do sangue, doença no sangue, sangue fraco, Deus me livre, vem de pai e mãe, contato com roupas íntimas,	Relação sexual sem preservativo, relação sexual desprotegida, sexo sem camisinha, afta, amarela, fraca, ardor, inchaço, manchas pelo corpo, caroço, caroços nos órgãos genitais, lesões, feridas no corpo, impinge, bolhas amarelas, bolhas no pênis, feridas na boca e regiões, bolinhas brancas, caroços no pênis, pus, vermelhidão, coceira, corrimento, corrimento no pênis, ferimentos, manchas, secreção amarelada, aparência anormal, feridas, feridas na genitália, hematoma, ínguas na região do pênis, manchas na pele, machucado, lesão primária, irritação no pênis, prurido no pênis, rugas no pênis, pereba, sintomas na pele, verrugas, tumores, Após o ato sexual, ato sexual, através da relação sexual, através do sexo, beijos, vários parceiros, canal da urina, dores ao urinar, doença sexual, DST, dores no canal uretral, doença venérea, fazendo sexo, igual a gonorréia, no pênis, relação com parceira contaminada, um colega me disse que é igual a aids, contato com outras pessoas que estejam doentes, contágio
Formas de prevenção	É difícil porque vem casualmente, mais ou menos, filtro solar, não, não sabe, usando os produtos, pedindo força a Deus, passando remédio, tinta de caneta, tomando remédio, palestra, falta de higiene, lavando bem o pênis, alimentação, higiene pessoal, higiene, não deixar sujo, lavando as partes todo dia, procurando o médico, indo ao médico, orientação médica, transfusão sanguínea, conhecendo a parceira, escolher a pessoa certa, evitar contato com pessoas infectadas, não procurar mulher na rua, não transar com qualquer uma, cuidar no contato com pessoas que tenham sífilis, parar e pensar para se prevenir.	Camisinha, usar preservativo, meios de prevenção como a camisinha, usar camisinha, não tendo relação sem camisinha, no meu tempo não existia a camisinha, preservativo, primeiramente usando camisinha, proteção com preservativo, transar sempre com camisinha mesmo conhecendo a pessoa, usando camisinha, mesma prevenção da aids, usando métodos contraceptivos, usando preservativo, parceiro fixo, evitando ter mais de um parceiro, evitando vários parceiros, ficando sempre com a mesma pessoa, ficar só com a mulher da casa, não compartilhar, não sair com outras, menor número de parceiros, ser fiel à esposa, Abstinência, evitando relação, não tendo relação sexual, se defender das pessoas não tendo contato, não fazer sexo oral, não praticar sexo oral e anal, sempre no momento do ato sexual tem que se prevenir.

Após esta classificação, foram estabelecidos os seguintes critérios para se avaliar o grau de informação dos participantes:

- Sem informação: quando o sujeito respondia não saber nada a respeito dos temas abordados;
- Insuficientemente informado: quando o sujeito reconhecia a sífilis como algum tipo de doença **ou** reconhecia o caráter sexual da doença **ou** sabia pelo menos uma forma de se prevenir da transmissão da sífilis (uso de preservativo, parceria fixa, abstinência de prática sexual);
- Suficientemente informado: quando o sujeito reconhecia a sífilis como doença de transmissão sexual e sabia pelo menos uma forma de se prevenir da transmissão da sífilis;
- Bem Informado: quando além do sujeito reconhecer a sífilis como doença de transmissão sexual e saber pelo menos uma forma de se prevenir da transmissão da sífilis, também conhecia pelo menos uma manifestação clínica da doença.

Os diversos graus – sem informação, insuficientemente informado, suficientemente informado e bem informado - foram contados e calculados em percentual, a partir do número de sujeitos. Para a realização de testes estatísticos contou-se com apoio do *software* SPSS para se processar os dados obtidos.

Para se verificar se o grau de informação tinha relação significativa com as variáveis grupo etário, escolaridade e estado civil dos sujeitos, foi realizado o Teste Qui-quadrado (χ^2).

Os resultados aparecem na Figura 15, por percentual, após sua classificação nos graus estabelecidos anteriormente, distribuindo os 720 sujeitos em sem informação (141 sujeitos); insuficientemente informado (283 sujeitos); suficientemente informado (296 sujeitos) e bem informado (nenhum sujeito).

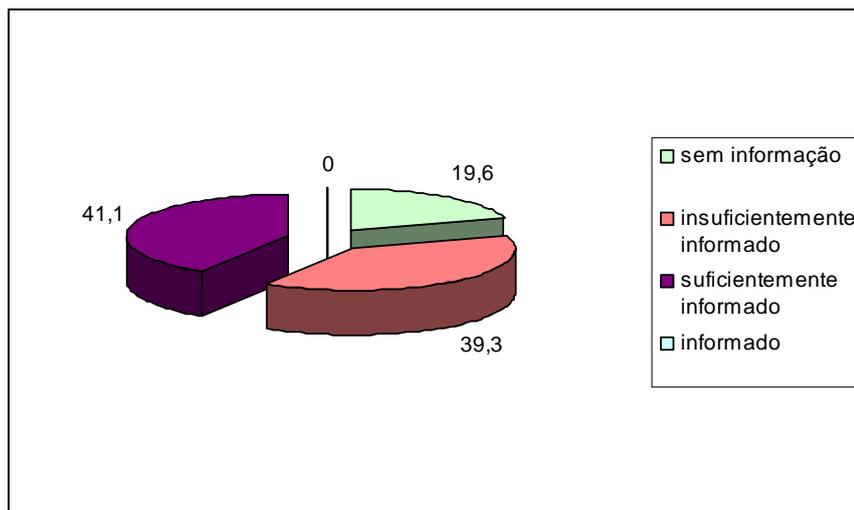


Figura 15. Percentual das categorias formadas para os critérios estabelecidos para o grau de informação sobre a sífilis

Não houve nenhum sujeito considerado como **bem informado**, resultado para o qual já apontava a análise da **natureza da informação**. Estes sujeitos, conforme assinalado acima, seriam aqueles que conheciam pelo menos uma forma de manifestação correta da sífilis¹⁷, em qualquer uma de suas fases clínicas, além de reconhecer o caráter sexual da doença e conhecer suas formas de prevenção. Diversos sujeitos conheciam alguma forma de manifestação correta, porém ou não reconheciam a sífilis como doença sexual, ou não conseguiam informar pelo menos uma forma de prevenção para que fosse incluído neste critério.

Na prática em saúde, em Santa Maria, conforme já exposto anteriormente, se observava esta falta de informação, em especial nas ações de vigilância quando os parceiros sexuais das gestantes com diagnóstico de sífilis eram convocados para tratamento. Nesta situação eles não se consideravam doentes, possivelmente por não apresentarem sintomas, afirmando muitas vezes que apenas sua companheira tinha a doença e que não havia sido contagiada por eles. Por não comparecerem na instituição para tratamento, reinfectavam suas

¹⁷ Sífilis adquirida: lesões nas regiões genitais masculinas e femininas, boca ou ânus, lesões na pele e mucosas, distúrbios neurológicos e cárdio-vasculares. Sífilis congênita: aborto, óbito fetal e neo-natal, deformidades ósseas e cartilaginosas, inflamações nos ossos, distúrbios neurológicos, hepáticos, esplênicos.

parceiras e seus filhos em formação, contribuindo de forma efetiva para o nascimento de crianças com sífilis congênita.

Como **suficientemente informado** (41,1% do total dos sujeitos) considerou-se o sujeito que reconhecia a sífilis como doença de transmissão sexual e conhecia pelo menos uma forma de prevenção. Poderíamos afirmar que este sujeito detinha informações suficientes para o controle da doença no nível individual e coletivo.

Somados ao **suficientemente informado**, os 39,3% considerados como **insuficientemente informados** representam 80,4%, ou seja, é possível inferir que havia informações, em grande parte consistentes, tendo em vista que somente 19,6% dos 720 sujeitos não possuíam qualquer tipo de informação sobre a sífilis.

Dos 163 sujeitos que significaram a sífilis apenas como “doença”, sem especificar suas características, um total de 50 sujeitos desconhecia as formas de prevenção e quando respondiam sobre as formas de manifestação da sífilis, as respostas não eram consistentes. No entanto foram considerados como insuficientemente informados, devido aos critérios pré-estabelecidos. O Sujeito 420 (48 anos, ensino fundamental) que se referiu à sífilis como uma “doença”, nas formas de manifestação respondeu: -“*deve ser machucados igual às outras*” e na forma de prevenção respondeu: - “*filtro solar*”, é um exemplo de tal desinformação. Retomando a análise da dimensão “natureza das informações”, questiona-se mais uma vez se estes 50 sujeitos responderam que a sífilis era uma doença porque a reconheciam como tal, ou porque preferiram falar aquilo que acreditavam que o entrevistador (ACS) gostaria de ouvir.

De qualquer forma, caso fossem retirados esses 50 sujeitos do grupo considerado **insuficientemente informado**, tal situação somente alteraria o próprio grupo e o grupo dos sujeitos considerados como **sem informação** – acréscimo dos 50 sujeitos. Os 41,1% dos sujeitos que consideramos como **suficientemente informados** não seria alterado,

confirmando a tendência encontrada até o momento, de existência de informações úteis sobre a sífilis, no que diz respeito ao grau de informação dos sujeitos.

Um total de 24 sujeitos que não conhecia a sífilis, respondendo termos como “nada”, “não sei”, “sei lá”, quando perguntado sobre as formas de prevenção, responderam, no entanto, com termos relacionados ao uso de preservativos. Tal achado aponta para a incorporação do preservativo como forma de prevenção e de cuidado até mesmo sem relacioná-la à sífilis, demonstrando sua ampla aceitação em nossos dias e apontando para a relação de ancoragem entre sífilis e aids.

O preservativo, atualmente, possui elevados níveis de eficácia na prevenção de DST/aids e pode ser considerado como o único **meio mecânico** de proteção contra tais doenças. A Organização Mundial de Saúde considera que o preservativo utilizado de forma consistente e contínua, reduz efetivamente o risco de propagação das DST. Há um consenso entre os especialistas, no entanto, de que não há uma redução de 100% da transmissão da aids e outras DST com o uso do preservativo e que somente duas formas de prevenção, exclusivamente comportamentais são consideradas completamente eficazes na prevenção destas doenças: a abstinência sexual completa e a fidelidade mútua e absoluta entre parceiros comprovadamente sadios (Brasil, 1997).

Reforçando esta idéia de tendência mais atual de ampliação do uso de preservativos, ao se associar o termo antigo “doença venérea” e os termos relacionados ao uso de preservativo como forma de prevenção, observou-se que dos 40 sujeitos que significaram a sífilis como “doença venérea” – classificação mais antiga da sífilis -, somente 16 sujeitos recorreram a termos relacionados ao uso de preservativo como forma de prevenção. Diferentemente, os 159 sujeitos que significaram a sífilis como “DST” – classificação atual da sífilis-, todos responderam usando termos relacionados ao uso de preservativo como forma de prevenção da sífilis.

Diante da diferença entre elementos mais atuais e os mais antigos, tornou-se necessário verificar se havia associação entre o grau de informação e as variáveis sócio-demográficas, como grupo etário, escolaridade e estado civil. Na Tabela 12 podem ser observados os resultados de frequência entre os diversos graus de informação e as variáveis sócio-demográficas em questão.

Tabela 12. Frequência de sujeitos nos diversos graus de informação estabelecidos, por grupo etário, escolaridade e estado civil

Variáveis		Sem informação	Insuficientemente informado	Suficientemente informado	Bem Informado
Grupo etário	Jovem	54	94	127	0
	Adulto	87	188	169	0
Escolaridade	Fundamental	115	146	128	0
	Médio	26	137	168	0
Estado civil	Solteiro	63	132	149	0
	Casado	72	140	138	0
	Separado	6	10	9	0

Observa-se, na Tabela 12, que os sujeitos jovens, mais escolarizados e solteiros parecem ser mais informados a respeito da sífilis. Vale ressaltar que a maior escolarização e o estado civil “solteiro” são mais típicos dos sujeitos jovens no Brasil, na atualidade. Os resultados do Teste Qui-quadrado, aparecem na Tabela 13, por variável.

Tabela 13. Resultados da aplicação do Teste Qui-quadrado por grupo etário, escolaridade e estado civil

Variável	χ^2
Grupo etário	39,723
Escolaridade	4,672
Estado civil	288,487

Nota: $p < 0,05$ para todas as variáveis

Todos os testes de χ^2 foram considerados significativos, evidenciando, portanto, uma relação de associação entre o grau de informação dos sujeitos e seu grupo etário, sua escolaridade e seu estado civil. Ou seja, os sujeitos jovens, mais escolarizados e solteiros se apresentavam com informações mais consistentes.

1.3- As fontes de informações

Diferentemente das análises da natureza e do grau das informações, para se conhecer as fontes de informação, utilizou-se os dados fornecidos no Estudo 2. Como os resultados obtidos no Estudo 1, em relação a informações sobre a sífilis, mostraram que os homens tinham informações sobre a doença, realizou-se este segundo estudo, específico para acessar as representações sociais da sífilis, e nele foi questionado, também, as fontes de informação.

A análise das fontes de informação foi realizada com apoio do *software* Excel para as estatísticas descritivas. Os dados foram agrupados em categorias definidas pela pesquisadora e a orientadora. Acrescentou-se, nesta categorização, os dados que foram trazidos pelos sujeitos na especificação da opção “outros”, destacados a seguir em itálico:

- Meios de comunicação: revista, rádio, TV, *Internet, jornal*;
- Educação em saúde: escola, palestras em centros de saúde, *panfletos, folhetos, cartazes, curso, livros, vídeo, campanha, palestras de rua, estudando*;
- Assistência à saúde: médicos, enfermeiros, ACS, *já teve a doença*;
- Comunicação interpessoal: *amigos, por aí, outras pessoas, na rua, pessoas mais velhas, palavra de Deus, com a vida, comentários, ouviu falar, depoimentos de pessoas que tiveram, ouviu de amigos, com pessoas na rua.*

Diversos sujeitos indicaram mais de uma fonte de informação e alguns não as indicaram. Desta forma, não se considerará o total de sujeitos (265) como universo, mas o total de respostas (365). As respostas em cada categoria podem ser observadas na Tabela 14.

Tabela 14. Frequência de fontes de informação referidas sobre a sífilis (N=365)

Categorias	Tipo	frequência itens	% categorias
Meios de comunicação	TV	64	34,5
	Revista	49	
	Rádio	9	
	Internet	3	
	Jornal	1	
Educação	Escola	141	52,1
	Palestras em centro de saúde	38	
	Livros / vídeo	4	
	Panfletos educativos	4	
	Curso	2	
	Campanhas	1	
Saúde	Médico	11	6,0
	Enfermeiro	7	
	ACS	4	
Comunicação interpessoal	Conversas	19	5,2
Outros	Fontes não definidas	8	2,2
Total		365	100

Observa-se que a maior parte das informações foram obtidas por meio das fontes que se referiam à categoria **educação em saúde** (52,06%), a qual englobou desde a inserção de conteúdos transversais da área de saúde na educação formal – principal fonte de informação no presente estudo - até a leitura de livros, palestras e campanhas educativas da área de saúde, entre outros. De forma semelhante, em um estudo do nível de informação sobre a aids entre adolescentes de uma área rural da Paraíba, que contou com 2.329 estudantes, 89% tinham informação sobre a doença, sendo que 69% a obtiveram na escola. (Pereira, Wiese, Albuquerque, Freitas, Ribeiro, Pichelli, 2010).

Considerando o contexto do presente estudo, comentado anteriormente, e o número elevado de referências a atividades de educação em saúde como fonte de informação sobre a sífilis (43 respostas ao todo), vale ressaltar que foram realizadas três grandes campanhas educativas em Santa Maria, no período, com ampla distribuição de impressos e insumos nos domicílios, além da realização de palestras diárias em todas as unidades de saúde.

Outra importante fonte de informação foram os meios de comunicação, representando 34,97% do total de fontes citadas, com destaque para as informações veiculadas pela televisão e nas revistas. Também se ressalta aqui, conforme já exposto anteriormente, o grande interesse da imprensa durante as campanhas de combate à sífilis

realizadas na Regional de Santa Maria, a qual veiculou entrevistas na televisão e rádio, além de notícias em jornais.

A obtenção de informações por meio da área de saúde (6,03%) aparece baixa em relação à educação e aos meios de comunicação, mesmo com a intensificação das ações naquele momento. Isto é coerente com a baixa demanda observada entre os homens às unidades de atenção primária em saúde - centros, postos de saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família no âmbito dos serviços públicos e atenção ambulatorial nas especialidades básicas na rede privada -, principais responsáveis pelas ações preventivo-educativas, além do tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, da sífilis. Esta situação de menor frequência do homem nas unidades básicas de saúde também aparece no estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), no qual os autores buscam explicações para o fenômeno, e apontam para as relações de gênero e para falhas na oferta dos serviços.

Para Moscovici (2008), as conversações dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum, expressam de forma singular as representações sociais de um objeto, embora as ciências, as religiões, as ideologias, entre outras também as expresse. No presente estudo, mesmo não induzida na entrevista, a comunicação interpessoal aparece em 5,2% das respostas, mostrando a relevância desta fonte de informação para um fenômeno social¹⁸ partilhado e mostrando, ainda, que havia circulação das informações sobre a sífilis entre os homens de Santa Maria. É possível que tal situação seja influenciada pela intensificação das ações educativas e com a maior divulgação das informações nos meios de comunicação de massa.

Segundo Moscovici (1961/78), cada grupo tem seus modos dominantes de comunicação e isto ocorre em função de sua situação social e grau de instrução. No estudo de

¹⁸ Para Marková (2006), fenômenos sociais são dialógicos em relações, são dependentes, compreendem objetos e fenômenos que se relacionam entre si.

Moscovici sobre a Psicanálise, os operários e classes médias tinham acesso às informações pelos meios de comunicação, enquanto os alunos de escolas técnicas e os intelectuais o tinham por meio de fontes institucionais.

Levando-se em conta que no presente estudo todos os sujeitos são do sexo masculino e moradores de Santa Maria, a seguir, os diferenciaremos por **grupo etário** e **escolaridade** para verificar se há associação entre estas variáveis e as fontes de informação dos sujeitos.

Ao se agrupar as categorias em relação às variáveis **grupo etário** e **escolaridade**, tem-se os resultados que podem ser observados na Tabela 15.

Tabela 15. Frequência das respostas sobre as fontes de informação por grupo etário e escolaridade (N= 365)

Variável	categorias	educação	meios de comunicação	saúde	comunicação interpessoal	outros
Grupo Etário	Jovem (n=299)	172	96	18	7	6
	Adulto (n= 66)	18	30	4	12	2
Escolaridade	fundamental (124)	55	44	8	13	4
	médio (241)	135	82	14	6	4

Verifica-se que a diferença observada entre sujeitos com maior e menor número de anos de estudo, demonstra que a inserção de conteúdos transversais nas escolas e o incremento de práticas preventivo-promocionais na área da saúde, têm apresentado resultados entre os jovens com escolaridade de nível médio, especificamente na área de DST/ aids, tendo em vista a maior parte das respostas se referirem à educação formal ou educação em saúde (a qual também é realizada nas escolas pelos profissionais da atenção primária em saúde).

O aparecimento da aids na década de 1980 também pode ser um fator que contribuiu para tal fenômeno social – a detenção de alguma forma de conhecimento das DST/ aids e de suas formas de prevenção pelos mais jovens, na escola.

A comunicação interpessoal aparece com grande diferencial nas variáveis “grupo etário” e “escolaridade”, porém, levando-se em conta que o quantitativo de homens adultos é bastante menor que o de jovens, o diferencial **grupo etário** se sobressai nesta categoria. E

considerando que a maior parte destes homens adultos teve sua escolarização em um período anterior aos fenômenos citados anteriormente, é mais comum que as conversações sejam reconhecidas como importantes fontes de informação.

Pode-se deduzir então, que existiam informações sobre a sífilis entre os homens de Santa Maria, naquele momento, ou seja, os homens davam um sentido sexual à sífilis, conhecendo que ela poderia ser prevenida por meio do uso de preservativos. Foi demonstrado que as informações sobre a sífilis circulavam nos meios de comunicação, nas relações interpessoais, havendo a possibilidade de o nosso objeto em questão – *a sífilis* – ser um objeto de representação social naquele grupo. Resta-nos conhecer o conteúdo destas representações, já que até o momento nos preocupamos apenas com o aspecto cognitivo (a presença de informação) destas possíveis representações.

2. EIXO REPRESENTACIONAL

Conforme já exposto anteriormente, percebia-se a necessidade de uma pesquisa mais específica visando conhecer quais seriam as representações sociais da sífilis entre os homens, justificada em função das dificuldades encontradas na instituição de tratamento para sífilis nos homens que eram convocados pelo setor de vigilância epidemiológica – parceiros sexuais das gestantes com sífilis – nas unidades de saúde de Santa Maria. Como na análise prévia dos dados coletados no Estudo 1 considerou-se que havia informações diversas sobre a sífilis e que estas circulavam nos diferentes sub-grupos do universo masculino, elaborou-se um novo instrumento específico para se acessar as representações sociais (**Estudo 2**).

Retomando a discussão das três dimensões da representação social (RS) - a informação, o campo representacional e a atitude - nos ateremos neste Eixo Representacional, na dimensão do campo representacional.

Segundo Moscovici (1961/78), o campo representacional nos remete à idéia de imagem, de conteúdo das proposições que se referem ao objeto de representação. Pressupõe-se a existência de uma unidade hierarquizada de elementos, cuja amplitude varia de acordo com o objeto de representação e também de acordo com o grupo social que o representa. Já a atitude, corresponderia a uma orientação para as práticas sociais, em relação ao objeto de representação, não sendo alvo de investigação nesta pesquisa.

Com o objetivo de conhecer as RS da sífilis, neste Eixo nos propomos a:

- Levantar os conteúdos das RS da sífilis;
- Identificar a estrutura das RS da sífilis;
- Efetuar o teste de centralidade dos elementos que compõem as RS da sífilis.

O conteúdo e a organização das representações sociais da sífilis para os homens que residiam em Santa Maria, no período investigado, poderão ser observados nos resultados que serão apresentados a seguir.

Embora os estudos em representações sociais permitam a análise dos processos envolvidos em sua gênese e das práticas sociais relacionadas a estas representações, nesta pesquisa nos limitamos a investigar os conteúdos e a estrutura das RS da sífilis.

A apresentação se dará a partir das análises realizadas, as quais nos permitiram acessar o campo comum das representações sociais:

- 1ª análise: Análise lexical do conteúdo das representações sociais, com auxílio do ALCESTE;

- 2ª análise: Análise da estrutura das representações sociais, com auxílio do EVOC;
- 3ª análise: Análise das Palavras Principais.

2.1 - O conteúdo das representações sociais da sífilis

Para se conhecer o conteúdo das RS da sífilis utilizou-se o texto produzido pelos sujeitos ao final da entrevista, sobre o objeto em questão – a *sífilis*. Segundo Bauer & Gaskell (2007), a análise de conteúdo de um texto, nos permite reconstruir representações, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos. Desta forma, buscar-se-á acessar as representações sociais da sífilis a partir da análise textual.

Esta análise foi realizada com o apoio do *software* ALCESTE, o qual promove uma análise textual das produções semânticas dos sujeitos buscando reconstituir o discurso do grupo. Para isto, o *software* utiliza a relação entre as palavras, a frequência destas associações e a formação de classes de palavras calculadas a partir do teste Qui-Quadrado.

A Figura 16 apresenta os resultados após processamento no ALCESTE, com destaque sublinhado para as palavras com χ^2 mais alto em sua classe. O *corpus* formado pode ser considerado pequeno, com um discurso pobre, com apenas 412 palavras diferentes em um total de 2.301 palavras, com média de seis palavras por sujeito, dos 258 respondentes. Foram eliminadas 221 palavras com frequência menor que quatro. Foram formadas seis classes, divididas em duas grandes matrizes de sentido - **A doença** e **A doença sexual** -, as quais apresentam uma relação nula entre si. Em torno de cada uma das matrizes de sentido aglutinam-se sujeitos distintos, sendo que em *A Doença: Uma doença que tem cura* (composta pelas classes 1 e 4, por nós denominadas respectivamente Tratamento e Prevenção), observa-se um discurso cujos representantes típicos foram os jovens, solteiros e

mais escolarizados. Já na matriz *A Doença Sexual: Uma doença sexual feia* (composta pelas classes 2, 3 e 5, por nós denominadas respectivamente Transmissão sexual, promiscuidade e doença venérea), os sujeitos típicos foram os adultos, casados ou separados e menos escolarizados.

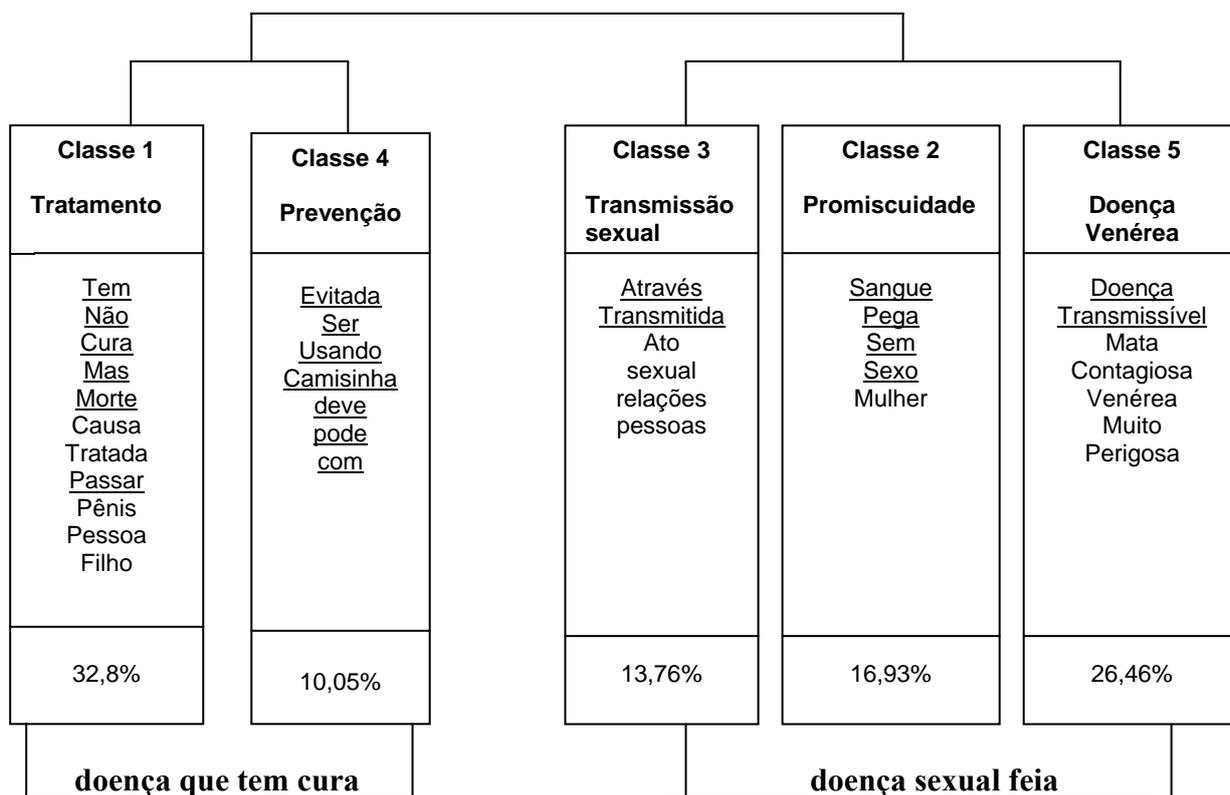


Figura 16. Estrutura do *corpus* textual elaborado pelos sujeitos sobre a sífilis (N=258)

A Doença: Uma doença que tem cura

Na matriz A doença, foram reunidos os discursos que se apresentam mais próximos do universo reificado, ou seja, de um saber que se assemelha ao discurso científico.

Classe 1: Tratamento

Esta Classe refere-se à doença, fazendo uma analogia à aids, porém, enfatiza sua diferenciação com a possibilidade de cura. Pode ser sintetizada na frase que aparece a seguir.

Doença semelhante à aids, contagiosa e perigosa, pega no sexo e também passa de mãe para filho, causa lesões no pênis. Usando camisinha se evita pegar a doença. Pode ter cura, pois tem tratamento mas pode levar à morte, se não tratada.

Nesta Classe ainda que a morte tenha sido evocada, a prevenção e a possibilidade de cura fazem o contraponto. Há uma aproximação da sífilis à aids, diferenciadas pela cura por meio do tratamento.

“é uma doença perigosa que mata, pega no sexo”. (sujeito 61, jovem, solteiro, nível médio).

Especificamente sobre a sífilis, falam ainda de lesões genitais, em especial na genitália masculina, porém, trazendo concomitantemente a possibilidade de tratamento e as conseqüências da ausência deste tratamento, como a *morte*:

“a sífilis é uma doença que dá uns caroços no pênis que soltam pus e que coçam e, se não procurar o médico a doença pode até matar a pessoa”. (Sujeito 86, jovem, solteiro, nível fundamental).

Outros já conseguem diferenciar a sífilis da aids, denotando um conhecimento específico sobre a sífilis.

“é uma DST que tem cura, mas se não for tratada pode matar. A prevenção é usando camisinha sempre”. (Sujeito 50, jovem, solteiro, nível fundamental).

“uma doença que pega fazendo sexo e pode facilitar pegar aids”. (Sujeito nº 124, jovem, casado, nível médio).

Alguns sujeitos também falam da transmissão vertical da sífilis, sem confundi-la com hereditariedade, como a seguir:

“- é uma DST que passa de mãe para filho. (Sujeito 127, jovem, casado, nível médio).

A sífilis, realmente, tem uma grande semelhança com a aids, em especial no que diz respeito às formas de transmissão e prevenção. Porém, suas manifestações são muito diferentes e seu grande diferencial está no tratamento efetivo, descoberto há mais de 50 anos, o que tem reduzido em muito a mortalidade por sífilis.

Também com relação ao preservativo, vale lembrar que a ampliação do seu uso se dá no contexto da descoberta de uma doença incurável – a aids. Embora, na história da sífilis, ela tenha tido altas taxas de mortalidade, isto não faz mais parte da realidade dos homens entrevistados, os quais dificilmente conheceram pessoas que morreram de sífilis, excetuando-se a morte por sífilis congênita.

Classe 4: Prevenção

Nesta Classe é reafirmada a idéia da sífilis como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) passível de ser evitada, por meio de cuidados com a prevenção, como ilustra a frase a seguir.

Doença adquirida por meio da relação sexual e que pode ser evitada com uso do preservativo.

A prevenção é abordada a partir de um discurso normativo e prescritivo em relação à sífilis, como se observa abaixo:

“- é uma DST que pode ser evitada usando camisinha”. (Sujeito 91, jovem, solteiro, nível médio).

“- sei que é uma doença transmitida pelo sexo, atinge as partes baixas, pode ser evitada e deve ser cuidada antes que não tenha mais jeito.” (Sujeito 2, jovem, solteiro, nível médio).

A Doença Sexual: Uma Doença sexual feia

Esta matriz aglutina os discursos de sujeitos adultos, casados ou separados e com menor escolarização. Embora reafirme o caráter sexual da sífilis, como descrito acima, os discursos desses sujeitos aparecem permeados de credices e superstições.

Classe 3: Transmissão sexual

Esta classe traz o discurso de homens, em sua maioria separados. Trata-se de uma Classe bastante homogênea, com centralidade na relação sexual. Pode ser sintetizado na seguinte frase:

A sífilis é uma doença muito perigosa, que mata... é um câncer, a gente adquire esta doença no ato sexual com a mulher, com ‘mulher de rua’, mulher de puteiro. Ela vem no orgasmo da mulher e fica no sangue da gente.

O homem separado se centra na idéia da transmissão da doença na relação sexual. Possivelmente, por não ter parceiras fixas, o foco de sua atenção se volta para a transmissão sexual. Esta centralidade pode ser observada nas seguintes falas:

“- sei que a sífilis é uma DST e também curável e que se pega através do ato e infecção sexual”. (Sujeito 51, jovem, separado, nível fundamental).

“- sífilis é transmitida por meio da relação sexual. É um câncer que dá no sangue”. (Sujeito 231, adulto, separado, nível fundamental).

“-doença transmitida durante o ato sexual e fica no sangue quando não tratada”. (Sujeito 223, adulto, separado, nível fundamental).

Classe 2: Promiscuidade

Os homens desta Classe são, em sua maioria, adultos, casados e com menor escolarização. Trazem a idéia do sexo ligado ao pecado, à promiscuidade e com a “mulher da rua”. Não se referem à relação sexual como algo natural e nem a uma parceria fixa. Como exemplo, na associação livre a partir do termo indutor *sífilis*, aparece: “*sexo, doença, mulher, puteiro. É com a mulher que se pega a doença*”. (Sujeito 256, 54 anos, casado, ensino fundamental).

A sífilis é reconhecida como uma doença do sangue é como se o sangue fosse transmitido para o orgasmo, infectando o parceiro sexual e passando para o sangue do

homem. Os elementos arcaicos presentes no discurso desta pesquisa remetem à Teoria dos Humores, como, por exemplo, afirma este participante da pesquisa: - “*está no sangue*”. (Sujeito 261, 46 anos, casado, ensino médio).

Esta Classe poderia ser sintetizada com o texto abaixo:

A sífilis é uma doença do sangue, a gente pega essa doença quando tem relação sexual com ‘mulher da rua’, a doença vem no orgasmo dela.

A seguir aparecem frases que reafirmam o sentido desta Classe:

“- *é uma doença de mulher da rua e mata*”. (Sujeito 252, adulto, casado, nível fundamental).

“- *é uma doença que fica no sangue*”. (Sujeito 224, adulto, casado, ensino fundamental).

Classe 5: Doença Venérea

Esta Classe é muito característica de sujeitos com pouca escolaridade. O discurso vem repleto de termos populares e permeado de credices. O foco não está na transmissão sexual, mas na tradução da sífilis como sendo o próprio sexo. Pode ser sintetizada na seguinte frase:

Doença venérea, perigosa e feia.

A seguir, se apresentam algumas frases que apareceram nesta Classe:

“- *é uma doença muito feia e perigosa*”. (Sujeito 154, jovem, solteiro, ensino médio).

“- *relação sexual muito perigosa, cavalo de crista¹⁹*”. (Sujeito 261, adulto, casado, nível fundamental).

“- *incomoda muito, é uma doença venérea*”. (Sujeito 258, adulto, casado, nível fundamental).

¹⁹ Denominação popular e antiga para verrugas genitais.

“- sei que é uma doença venérea, que mata e que eu não quero ter nunca”. (Sujeito 25, adulto, casado, nível médio).

Pode-se dizer que, pela análise do conteúdo das representações sociais da sífilis, os homens a representam como doença ligada à sexualidade, mais especificamente à relação sexual, sua principal forma de transmissão. No entanto, há duas formas nítidas de representação, opostas entre si, nos diferentes grupos. Os homens mais jovens, mais escolarizados representam a sífilis de forma natural, como uma DST que qualquer pessoa que não se previna pode se infectar, enquanto os homens com mais idade e menos escolarizados a representam como uma doença do exogrupo, cuja transmissão somente ocorre em relações sexuais consideradas impuras, por meio de um contágio que não tem relação com o microrganismo patogênico, mas com a “impureza” que vem de “dentro” da pessoa infectada.

2.2 - A Estrutura das Representações Sociais

Para se verificar o campo comum das representações sociais da sífilis elaboradas pelos homens que residiam em Santa Maria e como os seus elementos se organizavam neste campo, os dados foram submetidos a uma análise de evocação. Tal análise nos permitirá identificar os prováveis elementos centrais e periféricos que compõem a representação.

Os elementos centrais correspondem ao que Abric (1998) denominou Núcleo Central da representação social, o qual dá estabilidade e organiza as representações, determinando as ligações entre os seus elementos. É bastante resistente a mudanças, por incorporar fortemente os aspectos sócio-históricos ligados à representação e sua mudança corresponde às mudanças nas representações sociais do objeto em questão.

Os resultados, que podem ser observados na Tabela 16, indicam que as palavras mais prontamente evocadas e com maior frequência, as quais fazem parte do provável Núcleo Central das representações sociais da sífilis para o grupo estudado, foi composto pelos termos

que aparecem no primeiro quadrante superior. Demonstra que a sífilis pode ser representada como uma **doença**, mais especificamente, uma **DST**, de caráter **sexual**.

Tabela 16. Elementos de representação da sífilis evocados pelos homens em função da frequência e ordem média de evocação (N= 265)

Estrutura	Palavras evocadas	Frequência (f)	Ordem de média evocação (OME)
Núcleo Central (f acima de 19/ OME inferior a 2,3)	doença	274	1,46
	DST	85	1,35
	sexual	84	2,25
	não	41	2,20
Periferia Próxima (f acima de 19/ OME superior a 2,3)	transmissão	109	2,45
	preservativo	42	2,98
	ferida	33	2,67
	tem	29	3,00
	prevenção	27	2,44
	morte	25	3,16
	pode	23	3,04
	que	22	2,31
	tratamento	19	3,00
	Periferia Próxima (f de 9 a 18/ OME inferior a 2,3)	ruim	16
sangue		15	1,60
perigosa		15	1,93
coisa		15	2,07
venérea		13	1,62
grave		12	1,67
sem		12	2,17
nunca		9	2,11
Periferia Distante (f de 9 a 18/ OME superior a 2,3)	órgãos	18	2,4
	relação	17	2,3
	cura	17	2,9
	falta	16	2,7
	mulher	16	3,1
	genital	15	2,4
	usar	13	3,2
	homem	12	2,7
	cuidado	11	2,6
	evitar	9	2,8
	ser	9	2,9

Nº total de evocações = 1.599

Nº de palavras diferentes = 310

Observa-se que os elementos que fazem parte do provável Núcleo Central (1º quadrante) das representações sociais da sífilis remetem ao conceito da doença ligada ao sexo, a qual não se conhece muito profundamente, sendo mais frequentemente denominada como uma doença genérica.

As Periferias Próximas, formadas pelos 2º e 3º quadrantes, são compostas por elementos mais flexíveis, que podem ser modificados sem alterar as representações e que protegem o Núcleo Central. Seus elementos podem orientar as práticas sociais e são fortemente influenciados pela cultura. Os elementos que apareceram no provável Sistema

Periférico mostraram-se articulados com os elementos do provável Núcleo Central, não havendo elemento que estivesse fora do contexto ou desvinculado do Núcleo Central, deixando claro seu papel do Núcleo Central como modulador do Sistema Periférico.

Observa-se, no Sistema Periférico, elementos novos com possibilidade de fazerem parte do Núcleo Central, como **preservativo**, **prevenção**, sendo uma tendência mais atual, e como já falado anteriormente, elementos que aparecem fortemente associados à **aids**. Concomitantemente, observam-se elementos com uma conotação mais antiga e até mesmo arcaica, que parecem caminhar em direção às modulações individuais, como doença **venérea** (classificação mais antiga da sífilis) e **sangue**.

De forma semelhante, o estudo de Camargo, Barbará e Bertoldo (2007) sobre as representações sociais da **aids** entre adolescentes, mostra que os elementos “**preservativo**” e “**prevenção**” aparecem como Núcleo central, enquanto o elemento “**sangue**” já aparece na Periferia Residual, o que pode ser uma tendência também, para as representações sociais da sífilis.

O estudo de Cromack, Bursztyn e Tura (2009) sobre as representações sociais da **saúde** entre adolescentes de 12 a 18 anos, encontrou no Sistema Periférico: atividade física, preocupação, **camisinha**, educação e **prevenção**. Parece haver uma tendência dos jovens incorporarem as práticas preventivas, inclusive no que tange ao comportamento sexual em suas representações de saúde e doença. Cabe ressaltar que os elementos ligados à prevenção, possivelmente têm sido incorporados mais recentemente, dado o próprio paradigma da promoção em saúde ter sido concebido mais recentemente no mundo e, oficialmente, a partir de 1986 na Carta de Ottawa (Brasil, 2001).

Na Periferia Residual ou Modulações individuais (4º quadrante), encontram-se elementos menos importantes para o grupo, ainda que relevantes para o indivíduo. Estes elementos correspondem aos aspectos mais individuais da representação social.

Também foi realizado o cálculo das especificidades das evocações (teste t de student), com apoio do EVOG, em relação às variáveis **grupo etário** e **escolaridade**. Este *software* fornece resultados de termos que são mais específicos e/ ou menos específicos de determinado grupo. A análise é realizada a partir da frequência dos termos.

Foram identificados os vocábulos “**coisa**” e “**cuidado**” como mais específicos de adultos. Quanto às especificidades relativas à escolaridade, encontrou-se que o vocábulo “**coisa**” também era mais específico de homens menos escolarizados e menos específico de homens com maior escolaridade. Já o termo “**DST**” era mais específico para jovens e menos para adultos e também mais característico de homens mais escolarizados e menos específico de homens com menor escolarização.

Entende-se que a palavra “**coisa**” é muito utilizada na língua portuguesa falada, para definir o “indefinível” ou algo ainda “estranho” para o sujeito, o que pode ser explicado pela baixa escolarização. De forma semelhante, a sigla DST tem sido amplamente divulgada pelo universo reificado, como a classificação atual da sífilis como doença. Ressalta-se ainda, que conteúdos relativos a DST/ aids têm sido veiculados nas escolas, em especial, após o aparecimento da aids.

O que pareceu então, definir tais especificidades, de fato, é a escolaridade dos sujeitos, ou seja, as especificidades que apareceram no “grupo etário” são as mesmas que apareceram na “escolaridade”, com exceção da palavra “**cuidado**”, mais específica de adultos. Isto denota uma preocupação maior com a saúde, por parte dos homens, em função da idade e, possivelmente, do aparecimento de doenças crônicas, que demandam maior cuidado.

É possível que estejamos diante de um fenômeno social em processo de mudanças, fortemente influenciadas pelo contexto sócio-histórico de transformações nas relações de gênero, pelo surgimento da aids e sua impossibilidade de cura, pela ampliação do acesso à

educação nos últimos anos, pela transformação no paradigma da atenção à saúde, fenômenos estes já discutidos nos capítulos anteriores.

2.3- Análise das Palavras Principais

As palavras referidas pelos sujeitos como as mais importantes, a partir do termo indutor **sífilis**, foram submetidas a uma análise de frequência, buscando se identificar aquelas que se mostravam mais frequentes. Por se considerar os elementos mais significativos para os sujeitos, as palavras cuja frequência de evocação – análise anterior no EVOC – tiveram frequência abaixo de 15 foram desconsideradas nesta análise e também foram desconsideradas as palavras cuja queda de frequência foi superior a 65%. Na Tabela 17 são apresentados os resultados dos cálculos em questão.

Tabela 17: Elementos principais referidos pelos sujeitos (N= 265)

Elementos	Frequência total de evocação	Frequência: seleção de palavras principais	Queda de frequência
tratamento	19	19	0%
preservativo	42	34	19%
prevenção	27	21	22%
sexual	84	61	27%
DST	85	59	31%
sangue	15	10	33%
perigosa	15	9	40%
ferida	33	14	58%
doença	274	113	59%
morte	25	10	60%
transmissão	109	41	62%

Palavras com queda de frequência acima de 50% serão consideradas como elementos que não resistiram ao teste de centralidade e por isso não são confirmadas como fazendo parte do núcleo central. Assim, os resultados sugerem a confirmação, em relação à análise obtida no EVOC, como elementos constitutivos do Núcleo Central: “**sexual**” e

“DST”. Os elementos mais atuais como “**tratamento**”, “**preservativo**” e “**prevenção**” entram nesta nova análise como parte do Núcleo Central. Da mesma forma, os elementos mais antigos como “**sangue**” e “**perigosa**” alcançam a centralidade nesta estrutura, mas aparentemente com tendência a reduzi-la, devido à maior queda de frequência em relação aos outros elementos.

O elemento **tratamento** que também aparece na análise do ALCESTE como a maior classe do *corpus*, aqui reafirma sua centralidade e sua diferenciação em relação à aids. No Eixo Informacional, o **tratamento** aparece ligado ao maior acesso a informações sobre a sífilis.

A presença de informações, em especial em relação ao **tratamento** que aparece como o elemento com menor queda de frequência, traz segurança e confiança ao sujeito diante de uma doença que pode ser controlada, caso ele se disponha a ter uma prática que esteja de acordo com o conhecimento adquirido. Um dos sujeitos traz inclusive a “ciência” em sua fala justificadora de sua importância:

“- *porque a ciência descobriu isso aí e é bom para a gente saber disso*”. (Sujeito 264, adulto, casado, nível fundamental).

“- *Porque pode causar a morte se a pessoa tiver a doença e não tratar.*” (Sujeito 227, adulto, solteiro, ensino médio).

A maior parte das justificativas elaboradas pelos sujeitos para a escolha das palavras principais (aquelas que eles consideraram como sendo a mais importante de todas as evocadas), no entanto se relacionavam, em grande parte, com o uso de preservativos, confirmando a centralidade dos elementos **preservativo** e **prevenção** como resultado no presente estudo, como se vê a seguir:

“- *Porque é melhor prevenir do que remediar*”. (Sujeito 187, jovem, solteiro, nível médio).

“- *Preservativo - é o melhor modo de se evitar DST*”. (Sujeito 194, jovem, solteiro, nível fundamental).

Este resultado aparece coerente com as mudanças no comportamento sexual, em especial dos jovens, já podem ser observadas em outros estudos como na pesquisa nacional sobre uso de preservativos por jovens de Berquó, Barbosa e Lima (2008), a qual mostra uma ampliação desta prática em relação a pesquisas em períodos anteriores.

As falas seguintes mostram a preocupação dos homens com o comportamento sexual, numa perspectiva das relações de gênero:

“- Porque hoje em dia a mulher também dorme com muitos homens, não é só o homem que faz sexo com várias pessoas”. (Sujeito 20, jovem, casado, ensino fundamental).

“- Porque é uma doença horrível que pode contaminar o seu parceiro através de relação sexual”. (Sujeito 67, jovem, solteiro, ensino médio).

“- É mais ligada a isto, à relação sexual.” (Sujeito 110, jovem, solteiro, nível médio).

“- Porque na hora que for transar, a pessoa pode desconfiar e desistir do caso”. (Sujeito 183, jovem, solteiro, ensino médio).

“- Porque transmitindo para a esposa, os filhos automaticamente também se contaminam”. (Sujeito 223, adulto, separado, nível fundamental).

Em relação ao elemento **doença**, na análise das palavras principais, ele se desloca para o Sistema Periférico, apesar de ter sido o elemento mais evocado nas entrevistas (total de 274 evocações). Observa-se que alguns homens conseguem definir a sífilis no máximo como uma doença genérica, não sabendo se tem tratamento, nem como se prevenir desta doença “desconhecida”, o que também foi observado no Eixo Informacional. As falas abaixo refletem tal situação.

- “nunca tive, conheço que é uma doença, quero saber”. (Sujeito 213, 46 anos, casado, ensino fundamental).

“- Sífilis pode ser uma doença, mas não sei como é transmitida.”(Sujeito 109, 16 anos, solteiro, ensino fundamental).

“- *Se soubéssemos a respeito, nos preveniríamos, mas quando não se sabe, fica difícil esta prevenção, é o meu caso, não sei explicar com certeza.*” (Sujeito 73, 18 anos, solteiro, ensino médio).

A análise das palavras principais revela que os elementos estruturantes das representações sociais da sífilis se organizam em torno da sexualidade relacionada à sífilis. A transmissão sexual da doença, bem como a prevenção e tratamento da DST dá sentido aos elementos que aparecem no campo comum das representações sociais da sífilis. Apesar disto, observa-se a manutenção de elementos arcaicos como sangue e perigosa – medo da doença desconhecida -, que demonstra a presença de contradições nestas representações.

Buscando uma articulação entre os Eixos Informacional e Representacional

Ludwig Fleck, ao publicar sua obra, em 1935, *La gènesis y el desarrollo de un hecho científico*, a qual descreve a progressão do conceito de sífilis até o desenvolvimento de seu primeiro teste diagnóstico – reação de Wassermann – faz uma crítica ao empirismo lógico e hegemônico daquele momento. O autor, cuja visão era bastante avançada para sua época e, portanto desqualificada pelo meio científico por algumas décadas, entendia que a descoberta de um teste para diagnóstico e até mesmo de um tratamento mais adequado para uma doença como a sífilis não eram suficientes para o seu controle. Acreditava que a ciência, considerada como um processo historicamente elaborado por coletivos deveria acrescentar elementos de natureza sociológica e psicológica no estudo das doenças, em especial da sífilis, a qual podemos considerar, ainda hoje, como um fenômeno social capaz de gerar representações. O presente estudo corrobora com o pensamento avançado de Fleck para sua época (Pfuetzenreiter, 2003).

A preocupação prévia de que a sífilis não se tratasse de um objeto de representação social, ou que estivesse realmente “esquecida” pelas pessoas conforme era falado, não foi

demonstrada nos resultados desta pesquisa, ou seja, grande parte dos indivíduos teve acesso a informações úteis a respeito da sífilis, as quais circulavam nos meios sociais.

No entanto, pode-se dizer que, de acordo com sua pertença nos diferentes grupos sociais analisados neste estudo – diferenciação por idade, nível de escolaridade e estado civil –, os homens recebiam informações que vinham de fontes diversas, as quais possivelmente eram interpretadas de formas diferenciadas, tendo em vista as diferenças significativas observadas entre os grupos em relação ao grau de informação dos sujeitos. Tais resultados estavam de acordo com as condições prévias ao surgimento das representações sociais: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência, definidas por Moscovici (1961/ 1978). Ou seja, o acesso às informações se dava de forma diferenciada e os sujeitos mantinham seu foco em informações coerentes com a visão de seus grupos, o que demandava tomadas de posição diversificadas.

Partindo-se das análises dos dois Eixos de estudo observou-se uma coerência entre os resultados, apontando principalmente para o caráter sexual da sífilis. Esta compreensão da sífilis como doença ligada a práticas sexuais, porém, também se dava de forma diferenciada de acordo com o grupo de pertença.

Os homens com mais idade, menos escolarizados e casados, apresentavam um discurso permeado de credices e superstições, e representavam a sífilis como a “doença do outro”, do exogrupo, da prostituta. Observou-se ainda, que para estes homens, embora a sexualidade estivesse bastante presente ao se falar em sífilis, os elementos arcaicos que não têm relação com a sexualidade, como por exemplo o **sangue** – visto não como uma das formas de transmissão da doença, mas como parte da própria sífilis – também se encontrava presente.

Para Joffe (2008), a projeção - estratégia observada em nosso estudo neste grupo de homens com mais idade – seria a mistura de imagens e fantasias relacionadas às práticas de

grupos estranhos, consideradas pecaminosas na geração de doenças que permite ao grupo entender as próprias práticas como “puras”, reforçando um sentimento de imunidade em relação à doença em questão. Desta forma, sejam quais forem as práticas pessoais ou do grupo, as práticas do “**outro**” são consideradas perversas, antinaturais e impuras, sendo as causadoras das doenças. Ou seja, para esse grupo a sífilis “não infectava relações sexuais consideradas puras”.

A projeção para outros “grupos” permite que o medo de colapso, provocado pelas doenças na cultura ocidental, não permaneça internalizado. Ele passa para o meio externo, onde é facilmente localizado e, portanto, removido. Sentimentos de medo, ansiedade e impotência constituem-se no aspecto afetivo da representação social. A TRS preconiza que essas respostas emocionais não se originam nos indivíduos isoladamente, mas são produtos de representações emocionais da doença, ancorados na história, e que ainda circulam no meio científico, nos meios de comunicação e no pensamento popular (Joffe, 2008).

De forma semelhante à aids, a qual aparece fortemente associada ao homossexualismo masculino, ocorre uma associação entre a sífilis e a prostituição. Tal associação que aparece arraigada, existindo desde a sua descoberta até os dias de hoje, traz à tona, no cenário da tentativa de controle da doença, o preconceito ligado à prática da prostituição. Liga-se a elementos arcaicos que persistem nas representações sociais da sífilis – “doença venérea”, “doença da mulher da rua”-, em especial entre o grupo de homens em questão.

Percebe-se que a vinculação entre a sífilis e a prostituição é profunda, tendo em vista sua construção histórica ao longo dos séculos, e que de forma análoga à busca do local de origem da sífilis até os nossos dias, as prostitutas buscam o reconhecimento de sua identidade profissional até hoje.

Na realidade, embora a incidência de sífilis seja alta em casas de prostituição, ela também ocorre fora delas. Entre os próprios casos de sífilis congênita acompanhados nesta pesquisa, de 2001 a 2007 em Santa Maria, apenas em dois - filhos da mesma mãe -, dos 20 casos estudados, a mãe trabalhava como “*prostituta*” (Governo do Distrito Federal, 2007). Isto significa que a sífilis se encontrava também na “mulher da casa”, infectando as relações sexuais consideradas puras.

A negação deste tipo de transmissão da sífilis por parte dos homens, associada às suas próprias características patológicas - longos períodos de latência que ocorrem no curso da doença – poderiam estar comprometendo o controle da sífilis em Santa Maria. Tal estratégia pode dificultar a adoção de práticas preventivas em relação à sífilis por parte desses homens.

Já os homens mais jovens, mais escolarizados e solteiros traziam um discurso mais próximo do universo reificado, divulgado nos meios de comunicação e na escola, principais fontes de informação sobre a sífilis para estes homens, e representavam a sífilis como uma DST capaz de infectar qualquer pessoa que tenha relações sexuais sem os devidos cuidados, em especial para eles, sem usar preservativos.

A preponderância da comunicação institucional, conforme classificação proposta por Moscovici (1961/ 1978), que apareceu nos resultados do estudo sobre as fontes de informação, aponta para importância da ampliação do acesso à educação, nos últimos anos no Brasil, para o controle de doenças. Tal fenômeno pôde ser observado nos dois Eixos de estudo, mostrando uma visão mais natural da sexualidade, a qual permite conhecer melhor os aspectos a ela relacionados, inclusive quanto à prevenção e tratamento de DST, por parte desses homens.

Neste estudo identificou-se um processo dinâmico de mudanças que também reflete a mudança de paradigma que vem ocorrendo no setor saúde desde a década de 1970, já

anunciadas por Fleck e alguns outros autores tão rechaçados quanto ele, na primeira metade do século passado. As transformações das representações que parecem ocorrer de forma resistente, tendo em vista a persistência das práticas contraditórias, refletem ainda, as mudanças trazidas pelo Movimento Feminista nas relações de gênero, a ampliação do acesso à educação formal e, em especial, as grandes transformações que ocorreram na sociedade com o advento da aids na década de 1980.

Entende-se, desta forma, que as representações sociais são capazes de comportar as contradições e, considerando todos os aspectos sócio-históricos envolvidos neste processo, pode-se dizer que a compreensão do fenômeno de representação social da sífilis é fundamental para o controle da doença. Ou seja, a compreensão do complexo processo que envolve os fenômenos sociais relacionados com a sífilis pode contribuir para a formulação de políticas de saúde que considerem as representações sociais que circulam nos diferentes grupos e, que sejam capazes de produzir impacto no controle da doença.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que as pessoas comuns, especificamente grande parte dos homens entrevistados, tinham informações sobre a sífilis, aspecto fundamental para que esta doença se constituísse em objeto de representação social.

O que os homens conheciam sobre a sífilis, apontava, principalmente, para o caráter sexual da doença, ou seja, para sua principal forma de transmissão – a relação sexual – e para sua principal forma de prevenção – o uso de preservativos, sendo tal conhecimento considerado suficiente a título de informação sobre uma DST. Também foi demonstrado que havia circulação das informações a respeito da doença nos meios de comunicação, nas relações interpessoais, porém a principal fonte de informação era a comunicação institucional.

As representações sociais da sífilis, encontradas neste estudo, também demonstraram a centralidade de elementos ligados a aspectos sexuais, aparecendo elementos centrais como **DST, sexual**, além de elementos mais recentes, considerando os aspectos históricos relacionados com a sífilis, como **tratamento, preservativo e prevenção** e, a manutenção de elementos mais arcaicos como **sangue e perigosa**. Os elementos periféricos que apareceram, mantinham relação com os elementos centrais, como **morte, ferida, transmissão, venérea** e também reproduziam a mesma contradição do Núcleo Central, de comportar elementos mais recentes e elementos arcaicos.

A representação social das DSTs, em especial da sífilis, que se traduz como uma doença ligada às práticas sexuais impuras, às prostitutas, evidencia que tal representação está permeada de valores, crenças e atitudes, que conduzem à criação e manutenção de exogrupos - aqueles que adquirem a sífilis por meio de relações sexuais consideradas impuras – dos quais se procura diferenciar e se manter distante, para não ser com eles confundidos.

Tal entendimento é fundamental, pois a manutenção de elementos arcaicos pode estar dificultando as ações de controle da sífilis, enquanto a incorporação dos novos

elementos, fortemente influenciada por aspectos sócio-históricos, aponta para a incorporação de uma postura mais preventiva, em especial por parte dos homens mais jovens.

Aparentemente estamos diante de um processo de mudanças e de perspectivas de mudanças nas representações sociais estudadas, as quais refletem fenômenos sociais de maior densidade como aqueles que resultam direta ou indiretamente do Movimento Feminista, do Movimento de Reforma Sanitária e da ampliação do acesso à educação formal no Brasil, nos últimos anos. Apesar disto e de todas as estratégias utilizadas pelo setor saúde, as dificuldades de controle da sífilis ainda persistem e tais mudanças parecem ainda não ter grandes efeitos sobre as dificuldades, considerando o processo saúde/ doença como socialmente construído (Ribeiro, 2000; Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008; Teixeira, 2004).

A relação entre escolaridade e nível de informação sobre a doença, demonstrada neste estudo, é de grande importância para o planejamento em saúde, tendo em vista que o acesso à educação formal tem se ampliado no Brasil nos últimos anos. A escola aparece, neste contexto, não apenas como fornecedora de conteúdos formais, mas também de conhecimentos que podem melhorar as condições de saúde da sociedade. No planejamento em saúde, no entanto, deve ser considerado, de forma especial, o grupo que não teve acesso à comunicação institucional, considerando mais uma vez a dispersão e a focalização das informações.

Ainda, como consequência dos grandes movimentos citados anteriormente, observam-se, na atualidade, o aparecimento de diferentes formas de masculinidades que se relacionam socialmente, havendo masculinidades dominantes e outras em relação de subordinação e até mesmo de marginalização. A forma que consideramos como tradicional – forma hegemônica na sociedade patriarcal - ainda que não seja atualmente a mais comum, é a mais aceitável, o que produz um estado de tensão nos homens no sentido de atingi-la ou rejeitá-la. A dominância dessa masculinidade tradicional sobre outras formas de masculinidade mais recentes, e possivelmente mais abertas a práticas preventivas, em geral é

implícita na sociedade, aparecendo em alguns momentos como a violência homofóbica, por exemplo, ou ainda, na manutenção de comportamentos de risco à saúde. Tal fenômeno influencia fortemente no controle de doenças, em especial na manutenção de comportamentos de risco em relação às DST (Connell, 2000; Ribeiro, 2000).

As mudanças paradigmáticas citadas apontam para a incorporação de uma postura mais preventiva por parte da sociedade, sendo os mais jovens mais facilmente sujeitos a tais mudanças, tendo em vista o contexto histórico dos fenômenos sociais envolvidos. No entanto, ainda são evidentes as contradições no controle da sífilis, muito mais profundas e arraigadas em relação à aids, tendo em vista toda sua história ao longo dos séculos, desde a sua descoberta, ainda que a forma de contágio e estratégias de prevenção aproximem estas doenças.

Estes pontos de convergência entre as duas doenças parecem favorecer as ações preventivas relacionadas à sífilis, em especial quanto à atitude relativa ao uso de preservativos, por parte dos homens. No entanto, suas grandes diferenças quanto às manifestações clínicas e gravidade nos dias atuais, tendo em vista ainda não se conhecer a cura da aids e o seu potencial de mortalidade ainda ser alto, além das representações sociais de sífilis e da própria aids que circulam nos diversos grupos sociais, podem, diante da comparação, desvalorizar a seriedade com que deve ser encarada a sífilis, tanto no senso comum quanto no meio científico.

A aids, que, a princípio se ancorava nas representações da sífilis, hoje parece “ofuscar” a sífilis e, em um movimento inverso, parece ressignificá-la, bem como ancorar as mudanças que podem estar ocorrendo em suas representações sociais.

Percebeu-se nesta pesquisa, que as mudanças nas representações aparecem mais entre os jovens, que os adultos. É possível, que os filhos destes jovens de hoje, avancem em direção a esse novo paradigma preventivo, devido ao tempo necessário para a incorporação

das transformações resistentes que parecem estar ocorrendo nas representações estudadas. Estudos poderiam ser realizados com homens jovens, adultos e idosos, para se conhecer as representações sociais de masculinidade, de saúde e doença e verificar se há articulação entre elas com as representações sociais da sífilis.

Enfim, os resultados desta pesquisa sugerem que o vínculo a elementos arcaicos podem estar prejudicando o controle efetivo da sífilis, ao mesmo tempo em que apontam para a adoção de uma postura mais preventiva por parte dos homens, em relação à sífilis, a partir do processo de mudanças nas representações sociais.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. -C. (1998). Abordagem Estrutural das Representações Sociais. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (orgs). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. (pp. 27-38). Goiânia: AB Editora.
- Abric, J-C. (2001). *Praticas sociales y representaciones*. (pp. 11-32). México: Ediciones Coyoacán.
- Al-Akour, N. A. (2008). Knowing the fetal gender and its relationship to seeking prenatal care: results from Jordan. *Journal of Maternal Child Health*, nº 12, 787-792.
- Almeida, A. M. O. (2005a). Adolescentes em manchete. Em A. Paviani; I. C. B. Ferreira & F. F. P. Barreto. *Brasília: dimensões da violência urbana*. (pp. 219-250). Brasília: UnB.
- Almeida, A. M. O. (2005b). A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. Em M. F. S. Santos & L. M. Almeida. *Diálogos com a teoria das representações sociais*. (pp. 119-160). Recife: UFPE.
- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Revista Sociedade e Estado*, 24 (3), 713-737.
- Almeida, A. M. O. & Jodelet, D. (2009). *Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus.
- Álvaro, J. L. & Garrido, A. (2006). *Psicologia Social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. (pp. 277- 284). São Paulo: Mc Graw-Hill.
- Alves, P. C.; Minayo, M. C. S. (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Aquino, E. M. L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40, (nº especial), 121-32.
- Araújo, M. F. (2005). Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 41-52.
- Araújo, M. A. L. & Leitão, G. C. M. (2005). Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 396- 403.
- Aronson, E.; Wilson, T. D.; Akert, R. M. (2002). *Psicologia Social*. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, nº 117, 127-147.
- Arruda, A. (2009). Meandros da Teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. Em A. M. O. Almeida & D. Jodelet. (orgs.). *Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. (pp. 83-102). Brasília: Thesaurus.
- 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. *Revista Saúde e Sociedade*, vol. 13, nº 3, 16-29.

- Baggio, M. A.; Monticelli, M.; Erdmann, A. L. (2009). Cuidando de si, do outro e do “nós” na perspectiva da complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (4), 627-631.
- Bakirtzief, Z. (1996). Identificando barreiras para a aderência ao tratamento da hanseníase. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (4), 497-505.
- Bandeira, M. L. (2007). Eqüidade de Gênero. Em Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. *Convênio de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Agence de la Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec – Canadá*. . (pp. 25-38). Goiânia: Safra Gráfica.
- Barata, L. R.B.; Tanaka, O.Y.; Mendes, J. D. V. (2004). Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13 (1), 15-24.
- Barbosa, R. M.; Aquino, E. M. L. (2003). Cultura sexual, ciência e política: uma entrevista com Richard Parker. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), S455-S464.
- Barros, A. P. R.; M. P. L. Coutinho; L. F. Araújo; A. R. Castanha. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23 (1), 19-28.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2007). *Pesquisa Qualitativa com Texto e Som: um manual prático*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Berquó, E.; Barbosa, R. M.; Lima, L. P. (2008). Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), S34-S44.
- Brasil. Ministério da Saúde.(1997). *Preservativo masculino: hoje, mais necessário do que nunca!* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (1999). *Projeto de Promoção de Saúde*. Município Saudável: novo conceito de gestão revolucionária a vida de comunidades, 1 (1), 6-17.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Projeto da Promoção da Saúde*. Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, rede de Megapaises e Declaração do México. (pp. 5-55). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde.(2005). *Boletim Epidemiológico AIDST 2004 janeiro/ junho; Ano I (1):1ª- 26ª semanas epidemiológicas*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *DST-AIDS*. [acessado em novembro de 2008, disponível em www.saude.gov.br].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, (1), 97 - 104.
- Bridget, M.; Taylor & R. G. N. (1995). Gender-power relations and safer sex negotiation. *Journal of Advanced Nursing*, nº 22, 687-693.

- Camargo, B. V.; Bárbara, A. & Bertoldo, R. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia e Estudos*, 12, (2), 277-284.
- Candiotto, C. (2008). Subjetividade e verdade no último Foucault. *Revista Trans/Form/Ação*, 31 (1), 87-103.
- Cardoso, M. H. C. A. & Gomes, R. (2000). Representações sociais e históricas: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2), 499-506.
- Carrara, S. (1996). *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Carrara, S. (1997). A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Revista Manguinhos - História e Ciências da Saúde*, 3 (3), 391-408.
- Carrara, S; Russo, J. A.; Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Pública*, 19 (3), 659-678.
- Carvalho, A. M. A.; Cavalcanti, V. R. S.; Almeida, M. A.; Bastos, C. S. (2008). Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Revista Paidéia*, 18 (41), 431-444.
- Cavalcanti, M. T. (2004). Sobre o “dizer verdadeiro” no espaço analítico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7 (1), 55-72.
- Connell, R. W. (2000). *The Men and the boys*. Los Angeles: University of California Press.
- Costa, H. M. (1938). Aspectos e particularidades da sífilis no Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, nº 3/ 4, 101-141.
- Costa, A. M. (2004). Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, vol. 13, nº 3, 5-15.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1.385-1.401.
- Cromack, L. M. F.; Bursztyn, I. & Tura, L. F. R. (2009). O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 627-634.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. Em D. Jodelet. (2001). *As representações sociais*. (pp. 187-203). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, nº 51, 931-939.
- Falceto, O. G.; Fernandes, C. L.; Baratojo, C.; Giugliani, E. R. J. (2008). Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. *Revista de Saúde Pública*, 42 (6), 1.034-1.040.
- Farr, R. M. (2008). Representações Sociais: a Teoria e sua história. Em Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (orgs.). *Textos em representações sociais*. (pp. 31-56). Petrópolis: Vozes.
- Fávero, M. H. (2010). *Psicología do Gênero*. Curitiba: UFPR
- Flament, C. (2001). Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. Em J-C Abric. *Praticas sociales y representaciones*. (pp. 11-32). México: Ediciones Coyoacán.

- Foucault, M. (2009). *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Galvão, A. C. (2009). *Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids*. Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília, Brasil.
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), 825 - 29.
- Gomes, R.; Nascimento, E. F. & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 565 – 74.
- Gomes, R. & Nascimento, E. F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 901-911.
- Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria Regional de Saúde de Santa Maria. (2007). *Pesquisa documental sobre sífilis nos arquivos da Regional de Saúde de Santa Maria*. (Unpublished).
- Gregersen, E. (1983). *Práticas sexuais: a história da sexualidade humana*. São Paulo: Editora Roca.
- Hall, S. (2006). *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11ª ed. (pp. 7-46). Rio de Janeiro: DP&A.
- Heilborn, M. L. (1994). De que gênero estamos falando? *Sexualidade, Gênero e Sociedades*, 1 (2).
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Jodelet, D. (2006). Presença da cultura no campo da saúde. Em A. M. O. Almeida (org). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. (pp. 41-50). Brasília:UnB.
- Joffe, H. (2008). “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. Em P. Guareschi & S. Jovchelovitch. (orgs.). *Textos em representações sociais*. 10ª ed. (pp. 296- 322). Petrópolis: Vozes.
- Kimmel, M. S. (1987). *Changing Men*. (pp. 9-24). Newbury Park, Sage Publications.
- Kimmel, M. S.; Hearn, J.; Connell, R. W. (2005). *Handbook of studies on Men & Masculinities*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. (pp. 189-238). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Leal, A. F. & Knauth, D. R. (2006). A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (7), 1.375-1.384.
- Leão, T. A & Almeida, A. M. O. (2009). *Uma beleza que vem da tristeza de se saber mulher: representações sociais do corpo feminino*. Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília, Brasil.

- Lefèvre, F. (1999). *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.
- Lima, B. G. C. (2002). Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 38 (4), 267-271.
- Linares-Insa, L.; Benedito-Monleón, M. A.; Piqueras-Espallargas, A. El enfermo de câncer: uma aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22 (2), 318-327.
- Madureira, V. S. F. & Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/ aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6), 1807-16.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. (pp. 169-205). Petrópolis: Vozes.
- Matida, L. H. & Gianna, M. C. (2008). O enfrentamento desigual da transmissão vertical do HIV e da sífilis. *Jornal Brasileiro de Aids*, 9 (2), 86-91.
- Matos, I. S. (2003). *Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico* – São Paulo. [acessado em 10/01/2008, disponível em <http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01>].
- Melo, F. L.; Mello, J. C. M.; Fraga, A. M.; Nunes, K; Eggers, S. (2010). *Syphilis at the crossroad of phylogenetics and paleopathology*. [acessado em fevereiro/ 2010, disponível em <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000575>].
- Milanez, H. & Amaral, E. (2008). Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30 (7), 325-327.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales*. Grenoble: PUG.
- Moore, D. S. (2005). *A Estatística Básica e sua Prática*. Rio de Janeiro: LTC.
- Moscovici, S. (1961/ 1978). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2001). Das Representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. Em D. Jodelet. (2001). *As representações sociais*. (pp. 45-66). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Moscovici, S. (2005a). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Moscovici, S. (2005b). Prefácio. Em D. Jodelet. *Loucuras e representações sociais*. (pp. 11-31). Petrópolis: Ed. Vozes.
- Moscovici, S. (2008). Prefácio. Em Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. *Textos em representações sociais*. (10ª ed.). (pp. 7-16). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2009). Preconceito e representações sociais. Em A. M. O. Almeida & Jodelet, D. (2009). *Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. (pp. 17-34). Brasília: Thesaurus.
- Nascimento, A. M. & Roazzi, A. (2007). A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 20 (3), 435-443.

- Nascimento, A. M. & Roazzi, A. (2008). Polifasia cognitiva e a estrutura icônica da representação social da morte. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 21 (3), 499-508.
- Nascimento, E. F. & Gomes, R. (2008) Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (7), 1556-64.
- Notas do Congresso. (2010). *Jornal do VIII Congresso Brasileiro de Prevenção de DST/ Aids*. Brasília.
- O'Connell, M. (2005). *The Good Father*. (pp. 21-27). New York: Scribner.
- Oliveira, A. B. & Roazzi, A. (2007). A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (1), 91-101.
- Oliveira, R. G.; Grabois, V.; Mendes Junior, W. V. (2009). *Qualificação de gestores do SUS*. (pp. 159-177). Rio de Janeiro: EAD/ENSP.
- Oltramari, L. C. & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a aids. *Estudos psicológicos*, 9 (2), 317-323.
- Paredes, E. C. & Jodelet, D. (2009). *Pensamento mítico e representações sociais*. Cuiabá: EdUFMT.
- Paz, L. C.; Pereira, G. F.; Matida, L. H.; Saraceni, V.; Ramos Jr, A. N. (2005). Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004 – In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico AIDST*. Ano I nº 01- 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a julho- 2004, 12-17.
- Pereira, L. B.; Wiese, I. R. B.; Albuquerque, J. R.; Freitas, E. S.; Ribeiro, C. S.; Pichelli, A. A, W. S. (2010). O acesso à informação sobre a aids por adolescentes da zona rural. *Anais VIII Congresso Brasileiro de Prevenção de DST/ Aids*.
- Pereira, M. G. (1999). *Epidemiologia: teoria e prática*. (pp. 340-356). Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan.
- Pfuetzenreiter, M. R. (2003). Epistemologia de Ludwig Fleck como referencial para a pesquisa nas ciências aplicadas. *Revista Episteme*, 16, 111-135.
- Pinsky, C. B. (2009). Estudos de gênero e história social. *Revista Estudos Feministas*, 17 (1), 159-189.
- Pombo-de-Barros, C. F.; Arruda, A. M. S. (2010). Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 351-360.
- Ramos Jr, A. N.; Matida, L. H.; Saraceni, V.; Veras, M. A. S. M.; Pontes, R. J. S. (2007). Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), S370-S378.
- Ribeiro, A. S. M. (2000). *Macho, Adulto, Branco, Sempre no Comando?* Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília, Brasil.
- Richards, Jeffrey. (1993). *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média*. (pp. 153-166). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Roazzi, A.; Fedricci, F. C. B.; Carvalho, M. R. (2002). A questão do consenso nas representações sociais: um estudo do medo entre adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (2), 179-192.

- Rodrigues, C. S.; Guimarães, M. D. C.; César, C. C. (2008). Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 851-858.
- Rodrigues, M. P.; Lima, K. C. & Roncalli, A. G. (2008). A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1), 71-82.
- Rodrigues, R. A. P.; Andrade, O. G.; Marques, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (1), 7-12.
- Rozemberg, B. & Minayo, M. C. S. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), 115-123.
- Rummler, G. (2007). Fontes teóricas sobre representações sociais: um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos nacionais da área de saúde. *Interface*, 11 (23), 637-646.
- Sá, C.P. (1998). *A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. (pp. 13-43). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sabo, D. & Gordon, D. F. (1995). *Men's Health and Illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schraiber, L. B.; Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), 7 - 17.
- Saraceni, V. Leal, M.C.; Hartz, Z.M.A. (2005). Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (3), 263-273.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, 20 (2), 101-131.
- Scott, J.W. (2005). O enigma da igualdade. *Revista Estudos Feministas*, 13 (1), 11-30.
- Sevalho, G. (1993). Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 349-363.
- Silva, L. B. C. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 17 (1), 79-92.
- Silveira, M. C.; Belda, W.; Siqueira, L. F. G.; Santos Júnior, M. F. Q. (1987). Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis: sífilis latente, problema crescente? *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 62 (3), 139-142.
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras
- Souza, M.A.; Ferreira, M.C. (1997). Identidade de gênero masculina em civis e militares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (2), 301-314.
- Souza, S. M.; Codinha, S.; Cunha, E. (2006). The girl the Church of the Sacrament: a case of congenital syphilis in XVIII century Lisbon. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 101 (s. 2).
- Stillion, J. (1995). Premature Death Among Males. Em D. Sabo & D. F. Gordon. (1995). *Men's Health and Illness*. (pp.46-67). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Strauber, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. (pp. 199- 229). Porto Alegre: Artmed.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Vol. I e II. Lisboa: Livros Horizonte.
- Taylor, D. M. & Moghaddam, F. M. (1994). *Theories of intergroup relations: international social psychological perspectives*, 2nd Edition. New York: Praeger.
- Teixeira, C. F. (2004). Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 5 (7),10-23, edição especial.
- Tronto, J. (2007). Assistência democrática e democracias assistenciais. *Revista sociedade e Estado*, 22 (2), 285-308.
- Vignaux, G. (2005). O conceito de themata. Em S. Moscovici. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3^a ed. (pp. 215-250). Petrópolis: Ed. Vozes.
- Walker, G. J. A. & Walker, D. G. (2007). Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, nº 12, 198-206.
- Whitehead, M. S. (2008). *Men and Masculinities*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

ANEXO I

Certificado de seleção “Experiências Bem-Sucedidas de Controle da Sífilis Congênita”

Certificado

Certificamos que o trabalho: **CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SANTA MARIA, DISTRITO FEDERAL**

De autoria de: Mauch SDN; Oliveira MLC; Silva MFV; Parca JM; Rezende CAK.

Da Instituição: Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Foi premiado obtendo o 6º lugar na SELEÇÃO DE EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS NO CONTROLE DAS DST E/OU DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS, na categoria de Organização Governamental, durante o VII Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis no III Congresso Brasileiro de Aids, no período de 07 a 10 de setembro de 2008, no Centro de Convenções de Goiânia.

Margareta Batusa Galvão Simão
Diretora do Programa Nacional de DST / AIDS

M. Galvão

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL
REPUBLICA
FEDERAL
GOVERNO FEDERAL

www.dst2008.com.br
VIII Congresso da SBDST
Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
III Congresso Brasileiro de Aids

07 a 10 de setembro de 2008
Centro de Convenções de Goiânia

DST / AIDS 3 - Goiânia 2008

DST/AIDS

ANEXO II

Cópia da primeira página do artigo publicado pela Sociedade Brasileira de
Dermatologia e Sifilografia (Costa, 1938)

Aspetos e particularidades da sífilis no Brasil

Parte especial

H. Moura Costa

Chefe de Serviço da Fundação Gaffrée e Guinle. Do Hospital de Curupaití e do Centro Internacional de Leprologia

Sífilis primária

Definição — Entre nós compreende-se como sífilis primária o período que vai da manifestação do cancro ao aparecimento das reações sorológicas, os casos do chamado período primário humoral passando a ser incluídos, por interesse de classificação profilática, na rubrica de lues secundária.

Frequência — Nas nossas estatísticas a frequência dos casos em período primário, comparada com a dos outros períodos da sífilis, é relativamente pequena, constituindo cerca de 5,5 % do total dos sífilíticos matriculados e 7,5 % dos de sífilis adquirida.

Nas estatísticas estrangeiras não encontramos elementos para uma comparação exata desta frequência; em alguns trabalhos ela parece mais elevada do que entre nós, mas verifica-se que foi calculada somente sobre o total de casos de sífilis ativa, não havendo geralmente no estrangeiro, como entre nós, uma generalização dos serviços de assistência a toda classe de sífilíticos, quer ativos quer latentes.

N.º de casos de sífilis matriculados	10.319	
N.º de casos de sífilis primária	573	5,5 %
N.º de casos de sífilis adquirida	7.630	
N.º de casos de sífilis primária	573	7,5 %

Frequência da sífilis primária, em relação com os sexos — Conforme os sexos, o período primário é enormemente mais frequente no homem do que na mulher, atingindo esta diferença a cerca de 40 vezes para mais.

	Total de sífilíticos	Casos sífilis primária	Percentagem
Homens	4.817	560	11,1
Mulheres	4.200	13	0,3

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa de ordem acadêmica e profissional para conhecer o que os homens pensam a respeito da sífilis. Esta pesquisa se intitula “A Representação Social da Sífilis na População Masculina de Santa Maria”. Nosso objetivo é coletar informações para o desenvolvimento de ações de controle da sífilis em nossa cidade.

A coleta de dados para a Pesquisa será feita através de entrevistas individuais nos domicílios, utilizando-se um questionário, onde se garante a privacidade e a confidencialidade das informações obtidas na entrevista. A duração da entrevista será de aproximadamente 20 minutos, onde serão feitas perguntas sobre a sífilis e sobre o comportamento sexual. Caso o senhor se sinta constrangido com alguma pergunta, não precisa respondê-la. O senhor ainda poderá solicitar informações durante todas as etapas da pesquisa, inclusive após sua publicação. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, ficando uma com o senhor e uma com a pesquisadora.

Se o senhor concordar em participar da pesquisa, está garantido que poderá desistir a qualquer momento, com ou sem motivo, bastando informar sua decisão. Não haverá direito a remuneração, pois sua participação é voluntária. A participação neste trabalho não incorrerá em risco ou prejuízo de qualquer natureza.

“Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, referentes à pesquisa. Estão claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de sigilo. Estou certo de que a minha participação não envolve remuneração financeira. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa e sei que a qualquer momento poderei retirar meu consentimento, sem nenhum tipo de prejuízo.”

Santa Maria – DF, _____ / _____ / _____

representante legal – para menores de 18 anos

Dados da pesquisadora: Sandra Duarte Nobre Mauch

Endereço: EQ 217/317 Área Especial - Santa Maria

Telefone: 3394 4517

*** Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde/DF, por meio do Processo nº 159/ 05.**

ANEXO IV

Questionário nº _____

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

PARTE I – A Sífilis

1- O que vem à sua mente quando falo a palavra “sífilis”?

2- Você sabe como essa doença se manifesta?

3- Você sabe como se prevenir da sífilis?

PARTE II - Dados do Entrevistado

1- Endereço: QR _____ Conjunto _____ Casa _____

2- Idade: _____ anos

3- Estado Civil: () solteiro () casado () separado

4- O senhor tem somente um(a) parceiro(a)? Sim () Não ()

5- Opção sexual: () masculino () outras

6- Quantas vezes o senhor faz sexo por semana? _____

7- Escolaridade: () nenhuma () ensino fundamental () ensino médio

() curso superior Qual? _____

8- Religião: () católico () evangélico () espírita () outras

9- Profissão: _____

ANEXO V**A Representação Social da Sífilis na
População Masculina de Santa Maria**

Sandra Duarte Nobre Mauch
Diretora de Atenção à Saúde de Santa Maria

Profa. Dra. Angela Maria de Oliveira Almeida
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira
Universidade Católica de Brasília

O LAPES – Instituto de Psicologia da UnB e a Secretaria de Saúde estão fazendo uma pesquisa sobre comportamentos. Aqui em Santa Maria, têm sido atendidos vários pacientes com doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis. Preocupados com esta situação, resolvemos procurar entender os motivos que estão levando nossa comunidade a apresentar esse tipo de doença. Nesta entrevista, serão perguntadas questões que envolvem comportamentos ligados à sífilis. Se você (caso seja jovem) ou o senhor concordar em colaborar, respondendo a entrevista, estará nos ajudando a melhorar os níveis de saúde de nossa população. Você ou o senhor é livre para responder ou não a qualquer pergunta. Não existe resposta certa ou errada e, o que você ou o senhor se lembrar quando lhe for feita uma pergunta, poderá ser importante para a pesquisa.

Obrigada pela sua participação!

Parte 1 - O Significado da Sífilis

A Secretaria de Saúde tem atendido muitos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis e está querendo conhecer melhor a **sífilis** aqui em Santa Maria

- 1) Diga rapidamente o que lhe vem à cabeça quando ouve ou quando pensa na **Sífilis**.
Diga pelo menos 4 palavras ou frases:

- 2) Agora me indique duas dessas palavras que você considera como mais importantes (faça um X na questão anterior)

- 3) Dessas duas marcadas, qual é a mais importante para você?

- 4) Porquê você acha que ela é a mais importante?

Parte 2 – Dados sócio-demográficos

- 5) Idade: _____ anos

- 6) Estado civil:

solteiro casado separado

- 7) Quando casado, o senhor tem ou teve relações sexuais fora do casamento?

sim não não se aplica

- 8) Hoje em dia fala-se muito sobre relacionamento sexual de homens com homens. Posso falar sobre isso com o senhor? (Caso afirmativo) O senhor já teve ou tem relação sexual com homens?

sim não não respondeu

- 9) Escolaridade:

nenhuma ensino fundamental ensino médio curso superior

Qual? _____

10) Religião:

católico evangélico espírita outras

11) Profissão: _____

Parte 3 – O que sabe sobre a sífilis

12) Pense bastante e me diga, sem pressa, tudo o que o senhor sabe sobre sífilis:

13) Como o senhor sabe ou aprendeu essas coisas sobre a sífilis:

- leu em revistas
- ouviu em rádio
- assistiu na TV
- ouviu em palestras nos centros de saúde
- aprendeu na escola
- aprendeu com médicos
- aprendeu com enfermeiros
- outros _____

Agradecemos mais uma vez sua preciosa colaboração

