



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

ANA PAULA ASSUNÇÃO MOREIRA

**POR TRÁS DA SÍFILIS CONGÊNITA: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
DE HOMENS SOB A ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL**

Rio de Janeiro

2020

ANA PAULA ASSUNÇÃO MOREIRA

**POR TRÁS DA SÍFILIS CONGÊNITA: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
DE HOMENS SOB A ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL**

Pesquisa Institucional intitulada “Sífilis no ciclo da vida:
interfaces entre a saúde e a educação”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva

Rio de Janeiro

2020

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

M835

Moreira, Ana Paula Assunção

Por trás da Sífilis congênita: Itinerário terapêutico de homens sob a ótica da teoria transcultural / Ana Paula Assunção Moreira. -- Rio de Janeiro, 2020.

114

Orientadora: Cristiane Rodrigues da Rocha.
Coorientadora: Leila Rangel da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em , 2020.

1. Sífilis congênita. 2. Paternidade. 3. Enfermagem transcultural. I. da Rocha, Cristiane Rodrigues, orient. II. da Silva, Leila Rangel, coorient. III. Título.

ANA PAULA ASSUNÇÃO MOREIRA

**POR TRÁS DA SÍFILIS CONGÊNITA: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HOMENS
SOB A ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL**

Dissertação submetida à Banca de Defesa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof.^a Dr.^a Cristiane Rodrigues da Rocha

Presidente

Prof.^a Dr.^a Lilian Conceição Guimarães de Almeida

1^a Examinadora Externa Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira

2^a Examinadora Interna Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Isis Vanessa Nazareth

Suplente Externa Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ

Dr.^a Maria Beatriz de Assis Veiga

Suplente Interna Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	Principais iniciativas no campo da paternidade e cuidado no Brasil na última década.....	28
QUADRO 2	Aplicação do BeHEMOTH da formulação da questão norteadora.....	38
QUADRO 3	Busca na base de dados de acordo com os agrupamentos dos descritores.....	39
QUADRO 4	Identificação dos artigos.....	40
QUADRO 5	Objetivos dos artigos, tipos de estudo e nível de evidência.....	42
QUADRO 6	Historiograma.....	54
QUADRO 7	Caracterização dos participantes.....	57
QUADRO 8	Fatores tecnológicos; Fatores religiosos e filosóficos.....	58
QUADRO 9	Fatores de companheirismo e sociais; Valores culturais e modos de vida.....	59
QUADRO 10	Fatores políticos e legais; econômicos e educacionais.....	61
QUADRO 11	Codificação: unidades temáticas e recorrência.....	63
FIGURA 1	Modelo de <i>Sunrise</i>	37

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar sempre guiando meus passos e me conduzindo para os melhores caminhos e ter me dado saúde e coragem de sempre seguir em frente.

À professora Leila, obrigada por ter me aceitado como membro nessa árdua luta de combate à sífilis. Obrigada por ter me apresentado a Enfermeira e Antropóloga Madeleine Leininger e a Teoria do Cuidado Cultural. Obrigada principalmente pela confiança, pelos conselhos e por ter me acolhido tão bem na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

À professora Cristiane, minha querida orientadora. Sua tranquilidade me ajudou a me manter mais calma para desenvolver essa pesquisa. Obrigada pelo carinho e pelas palavras sempre amigáveis. É muito leve e gratificante trabalhar com você.

À professora Isa Maria Nunes, por me ensinar as bases da pesquisa científica e por me aconselhar a buscar experiência assistencial antes de entrar no Curso de Mestrado. Hoje, entendo o quão importante foi esse conselho, pois me garantiu maturidade não apenas para a realização da dissertação mas, sobretudo para os demais requisitos que o mestrado acadêmico exige.

À professora Selma, pelos ensinamentos e orientações ao longo da caminhada, principalmente no estágio docência e nas publicações.

À professora Lilian, que gentilmente aceitou participar da minha banca e trouxe considerações importantes para minha pesquisa.

À enfermeira Maria Beatriz e a médica e professora Ana Pontes ambas, obrigada por terem me acolhido no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e por terem compartilhado comigo a vivência com aqueles homens e suas famílias.

À Lívia e Vanessa. Vocês tornaram tudo isso mais leve e prazeroso. Obrigada pela parceira. Juntas somos mais fortes!

A minha mãe, minhas irmãs e Tiago, obrigada por acreditarem em mim e pelo incentivo diário.

Aos homens entrevistados, por confiarem e dividirem comigo suas experiências.

A todos os outros que mesmo distante estiveram sempre comigo e de forma direta ou indireta me auxiliaram nesse processo e torceram por mim.

Muito obrigada!

MOREIRA, Ana Paula Assunção. Por trás da sífilis congênita: itinerário terapêutico de homens sob a ótica da teoria transcultural. Rio de Janeiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro /UNIRIO. 114 f.

RESUMO

O objeto de estudo é o itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita. A escolha do tema se deu pela vivência da pesquisadora em maternidade ao observar os homens a margem do cuidado e a relevância que ele tem no contexto da sífilis congênita. Os objetivos foram: Traçar o itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita; Identificar o conhecimento dos homens em relação às formas de transmissão, diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita e discutir o itinerário terapêutico dos homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, baseado no método da etnoenfermagem, realizado em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas individuais com 13 homens cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. A análise dos dados foi fundamentada na etnoenfermagem, proposta por Madeleine Leininger. Codificou-se três categorias: 1) Conhecimentos em relação à sífilis: primeiros passos na construção do Itinerário Terapêutico; 2) A peculiaridade no Itinerário Terapêutico de homens com sífilis: da testagem ao tratamento; 3) Concepções culturais e sentimentos vivenciados por homens acerca da sífilis e sífilis congênita. Os resultados demonstraram que os homens têm pouco conhecimentos em relação à sífilis e que o contexto social e cultural em que ele está inserido interfere diretamente no cuidado a saúde e na construção dos caminhos terapêuticos. Percebeu-se que os homens raramente buscam pelos serviços de saúde e que a descoberta, acompanhamento da gestação e nascimento do filho pode ser um dos poucos momentos que isso acontece e esse é um momento oportuno de prevenção e intervenção. Como principais dificuldades para o tratamento da sífilis foram identificadas a dor gerada pela aplicação da penicilina e questões laborais que impedem a ida aos serviços de saúde. Esse estudo reforça a importância do cuidado culturalmente construído para auxiliar os profissionais de saúde em suas atividades assistenciais de saúde, com vistas a conhecer melhor o perfil das pessoas que podem trazer maior risco para aquisição e abandono do tratamento da sífilis, respeitando suas individualidades e oferecendo um atendimento humanizado.

MOREIRA, Ana Paula Assunção. Behind congenital syphilis: therapeutic itinerary for men from the perspective of transcultural theory. Rio de Janeiro. 2020. Dissertation (Master in Biological and Health Sciences) Federal University of the State of Rio de Janeiro/UNIRIO. 114 f.

ABSTRACT

The object of study was the therapeutic itinerary of men whose son was diagnosed with congenital syphilis. The choice of theme was due to the experience of the researcher in maternity, observing men the margin of care and the relevance that it has in the context of congenital syphilis. The objectives were: To trace the therapeutic itinerary of men whose son was diagnosed with congenital syphilis; Identify the knowledge of men in relation to the forms of transmission, diagnosis and treatment of syphilis and congenital syphilis and discuss the therapeutic itinerary of men whose son was diagnosed with congenital syphilis in the light of the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care. This is a study with a qualitative approach, based on the Ethno-nursing method, carried out at a University Hospital in the city of Rio de Janeiro. Individual interviews were conducted with 13 men whose children were diagnosed with congenital syphilis. Data analysis was based on ethno-nursing, proposed by Madeleine Leininger. Three categories were codified: 1) Knowledge about syphilis: first steps in the construction of the Therapeutic Itinerary; 2) The peculiarity in the Therapeutic Itinerary of men with syphilis: from testing to treatment; 3) Cultural concepts and feelings experienced by men about syphilis and congenital syphilis. The results showed that men have little knowledge about syphilis and that the socio-cultural context in which it is inserted directly interferes in health care and in the construction of therapeutic paths. It was noticed that men rarely seek health services and that the discovery, monitoring of pregnancy and childbirth may be one of the few moments that this happens and this is an opportune moment for prevention and intervention. The main difficulties for the treatment of syphilis were the pain generated by the application of penicillin and labor issues that prevent the visit to health services. This study reinforces the importance of culturally constructed care to assist health professionals in their health care activities, with a view to better understanding the profile of people who may be at greater risk for acquiring and abandoning syphilis treatment, respecting their individualities and offering humanized service.

MOREIRA, Ana Paula Assunção. Detrás de la sífilis congénita: itinerario terapéutico para hombres desde la perspectiva de la teoría transcultural. Rio de Janeiro. 2020. Disertación (Maestría en Ciencias Biológicas y de la Salud) Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro / UNIRIO. 114f.

RESUMEN

El objeto de estudio fue el itinerario terapéutico de hombres cuyo hijo fue diagnosticado con sífilis congénita. La elección del tema se debió a la experiencia de la investigadora en la maternidad, observando a los hombres el margen del cuidado y la relevancia que tiene en el contexto de la sífilis congénita. Los objetivos fueron: Trazar el itinerario terapéutico de los hombres cuyo hijo fue diagnosticado con sífilis congénita; Identificar los conocimientos de los hombres en relación a las formas de transmisión, diagnóstico y tratamiento de la sífilis y sífilis congénita y discutir el itinerario terapéutico de los hombres cuyo hijo fue diagnosticado con sífilis congénita a la luz de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de la Atención Cultural. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, basado en el método de Etno-enfermería, realizado en un Hospital Universitario de la ciudad de Rio de Janeiro. Se realizaron entrevistas individuales con 13 hombres cuyos hijos fueron diagnosticados con sífilis congénita. El análisis de los datos se basó en la etno-enfermería propuesta por Madeleine Leininger. Se codificaron tres categorías: 1) Conocimientos sobre sífilis: primeros pasos en la construcción del Itinerario Terapéutico; 2) La peculiaridad en el Itinerario Terapéutico de los hombres con sífilis: de la prueba al tratamiento; 3) Conceptos y sentimientos culturales vividos por los hombres sobre la sífilis y la sífilis congénita. Los resultados mostraron que los hombres tienen poco conocimiento sobre la sífilis y que el contexto sociocultural en el que se inserta interfiere directamente en el cuidado de la salud y en la construcción de caminos terapéuticos. Se advirtió que los hombres rara vez buscan servicios de salud y que el descubrimiento, seguimiento del embarazo y el parto puede ser uno de los pocos momentos en que esto sucede y este es un momento oportuno para la prevención y la intervención. Las principales dificultades para el tratamiento de la sífilis fueron el dolor generado por la aplicación de penicilina y problemas laborales que impiden la visita a los servicios de salud. Este estudio refuerza la importancia de los cuidados construidos culturalmente para ayudar a los profesionales de la salud en sus actividades asistenciales, con el fin de comprender mejor el perfil de las personas que pueden tener mayor riesgo de adquirir y abandonar el tratamiento de la sífilis, respetando sus individualidades y ofreciendo servicio humanizado.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	15
1.2	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	17
2	REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO.....	18
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS RELACIONADOS À SÍFILIS-----	18
2.2	SÍFILIS CONGÊNITA E O IMPACTO NA SAÚDE DOS RECÉM- NASCIDOS.....	21
2.3	TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL DA GESTANTE COM SÍFILIS.....	23
2.4	A PATERNIDADE E O CUIDAR AO LONGO DA HISTÓRIA.....	25
2.5	A CONTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	31
2.6	DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: TEORIA E ESTADO DA ARTE NO BRASIL.....	35
3	PROCESSOS METODOLÓGICOS.....	48
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	48
3.2	LOCAL DE ESTUDO	48
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
4.2	ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	62
4.2.1	PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: Conhecimentos em relação à sífilis: primeiros passos na construção do Itinerário Terapêutico.....	65
4.2.2	SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA: A peculiaridade no Itinerário Terapêutico de homens com sífilis: da testagem ao tratamento.....	70
4.2.3	TERCEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: Concepções culturais e sentimentos vivenciados por homens acerca da Sífilis e Sífilis congênita.....	81

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	101
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	101
Apêndice B - Formulário de perfil sócio-econômico-cultural.....	102
Apêndice C - Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	104
Apêndice D- Quadro de saturação das respostas.....	106
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	109

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta investigação é uma construção dentro da linha de Pesquisa Institucional intitulada “Sífilis no ciclo da vida: interfaces entre a saúde e a educação” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Está cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP)/UNIRIO e tem como objeto de estudo o Itinerário Terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita.

Ao longo da minha vivência em algumas maternidades públicas, na condição de estudante de enfermagem e enfermeira, presenciei diferentes participações do homem no contexto materno-infantil. O homem estava presente em diferentes ambientes, desde a participação na gestação, no envolvimento com o parto e no acompanhamento do pós-parto e assim, foi possível perceber que na maioria das vezes era deixado de lado e acabava por não participar das orientações referente aos cuidados voltados para à mulher, como por exemplo orientações a respeito da gestação e rotinas de pré-natal, amamentação e cuidados à puérpera e recém-nascido no domicílio. Essa observação foi reforçada em pesquisas onde foi evidenciado que há uma maior valorização do cuidado em saúde da mulher em relação aos homens, associadas a uma construção histórica de gênero e cuidado (BOTTON, 2017; RIBEIRO 2017).

Neste contexto da saúde do homem, para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2015, realizei um estudo que tratou dos significados atribuídos por homens a sua participação no trabalho de parto e parto da companheira. Essa pesquisa revelou que os homens buscam agir de forma participativa no cuidado à parturiente e se sentem muito valorizados quando recebem atenção e direcionamento por parte da equipe de saúde (MOREIRA, 2015).

Assim, foi observado que a atenção à saúde do homem é menor e que quando é dada a oportunidade de envolvimento nos cuidados eles são mais participativos. Na percepção deste problema e reconhecendo a magnitude da sífilis na saúde da família, busco conhecer o itinerário terapêutico para subsidiar a escolha de estratégias adequadas, a partir da compreensão dos aspectos abordados pela população em questão, a fim de garantir o acesso desses usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando adesão ao tratamento proposto.

Segundo Alves (2015), Itinerário Terapêutico (IT) é um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição. Estudos sobre esse tema revelam que os caminhos percorridos em busca de cuidados, por vezes, são distintos e não coincidem necessariamente com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde. Os ITs podem ser constituídos por todos os movimentos desencadeados pelos indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (KLEINMAN, 1980; CABRAL, 2011).

O conceito de IT descrito corrobora com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem o objetivo de promover ações de saúde para a população masculina de forma integral, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade por causas evitáveis e possíveis de prevenção e assim aumentar a expectativa de vida nessa população, já que este é um meio de preservação e recuperação da saúde (BRASIL, 2009).

Entre outras questões, a política aborda o distanciamento dos homens em relação aos serviços de saúde e a busca pelo cuidado. Esse distanciamento por parte do homem é decorrente de variáveis culturais, que são pautados em estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal e potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino, afastando os homens do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Reforçando esta ideia, Botton (2017) afirma que historicamente o cuidado em saúde, no que tange ao âmbito reprodutivo, é voltado para o binômio mãe-bebê, não tendo uma organização dos serviços de saúde aberta a receber e acolher as demandas masculinas de forma abrangente. Esse fato reflete a uma trajetória histórica e cultural de formatação sobre modos de ser, de viver e, também, de se cuidar como homens, tem relação direta com as questões de gênero e cultura. A autora aborda que a falta de cuidado masculino com sua própria saúde pode ser decorrente da negligência dos sinais e sintomas, e/ou desconhecimento da – também – fragilidade do próprio corpo, ou ainda pela perpetuação dos estereótipos de força e virilidade.

As crenças sociais e culturais reproduzem um ideal de masculinidade que vincula aspectos como a virilidade e a invulnerabilidade com a crença de um homem com “H maiúsculo”, impedindo que adotem práticas de autocuidado. Dessa forma, buscar o serviço de

saúde em uma perspectiva preventiva pode representar fraqueza, medo e insegurança, afastando assim os homens da busca pelo cuidado (BOTTON, 2017).

A busca pelo cuidado é pautada na cultura e modos de vida da população e foram previstos como uma construção teórica poderosa, acreditada como essencial à saúde humana, bem-estar e sobrevivência. Para descobrir as necessidades de saúde e de cuidado dos clientes, a cultura deve ser explorada, uma vez que cultura e cuidado, juntos, são necessários para compreender a totalidade do comportamento humano na saúde (LEININGER & MCFARLAND 2015).

Para Madeleine Leininger, o cuidado baseado na cultura é essencial para auxiliar pessoas com culturas diversas na busca e manutenção dos cuidados em saúde. Conhecer valores específicos, contexto do ambiente, crenças e modos de vida, foram designados pela teórica como fundamentais para as práticas da enfermagem e da saúde (LEININGER & MCFARLAND 2015).

Trazendo para a problemática da sífilis congênita, foram identificados estudos que mostram o aumento de casos que também estão relacionados ao não tratamento do parceiro. Lemos (2018) dá ênfase ao tratamento do parceiro da gestante com sorologia positiva para sífilis, evidenciando a importância para o sucesso da terapêutica, uma vez que pode interromper a cadeia de transmissão e evitar reinfecções. Consonante a isso, Vasconcelos (2016) chama atenção para o tratamento simultâneo do casal, destacando que em tempo oportuno do pré-natal, é possível aumentar as chances de minimizar a sífilis congênita.

Essa aproximação prática e teórica, que traz toda a problemática vivida na saúde do homem, me fez perceber que é imprescindível olhar e acolher esse homem que está na condição de acompanhante, pois pode ser o único momento que ele busca o serviço de saúde, mesmo que de forma indireta, como acompanhante da gestante/parturiente/puérpera. Esse momento de interação com a enfermeira pode ser visto como uma oportunidade de conhecer as condições de saúde da população masculina e fortalecer o que é proposto pela Política de Atenção Integral a Saúde do Homem.

Por considerar a importância que o homem tem no contexto da sífilis congênita, influenciando diretamente na saúde da mulher e da criança, surgiu à inquietação a respeito dos aspectos que o envolvem. Qual o entendimento que ele tem dessa patologia? Houve uma busca pelo serviço de saúde desde o diagnóstico da sífilis gestacional? Houve testagem

sorológica e aconselhamento durante o acompanhamento pré-natal? Em caso de testagem positiva houve tratamento? Se não houve, qual foi o motivo? Houve uma busca pelo cuidado à saúde antes da concepção?

Levando em consideração que a sífilis congênita pode ser causada também pelo não tratamento do parceiro durante o pré-natal, e que essa escolha pode ser causada por fatores culturalmente construídos, faz-se necessário uma abordagem sobre os aspectos culturais e o itinerário terapêutico percorrido pelos homens desde a descoberta do diagnóstico da sífilis gestacional até o desfecho final, que pode ser o acometimento da criança por transmissão vertical. A partir do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras:

- 1) Qual o itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita?
- 2) Qual o conhecimento dos homens em relação às formas de transmissão, diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita?
- 3) De que forma as concepções culturais interferem no itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita?

Assim, delimitou-se como objetivos desse estudo:

- 1- Traçar o itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita.
- 2- Identificar o conhecimento dos homens em relação às formas de transmissão, diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita.
- 3- Discutir o itinerário terapêutico dos homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural;

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Brasil vem apresentando um aumento constante dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita nos últimos anos. Diversos fatores são apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) como possíveis responsáveis pela incidência, como o aumento da cobertura de testagem, a ampliação do uso e acesso aos testes rápidos diagnósticos, redução do uso de preservativos e desabastecimento mundial da penicilina. Em 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 158.051 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 75,8 casos/100.000 habitantes); 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de

detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos); 26.219 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos); e 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita é considerada um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante (BRASIL, 2015). Durante o pré-natal é possível fazer o diagnóstico e dar início ao tratamento da gestante e do parceiro, na tentativa de minimizar o acometimento do recém-nascido. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) recomenda que as parcerias sexuais de casos de sífilis devem realizar testes imunológicos, e afirma que essas parcerias podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina por via intramuscular.

Em 2015, o MS abordou algumas fragilidades no pré-natal que acabam culminando na ocorrência da sífilis congênita, entre outros pontos chama a atenção para a não adesão ao tratamento por parte do parceiro. O homem muitas das vezes, acaba não realizando tratamento ao receber o resultado negativo da testagem, contrapondo ao proposto pelo próprio Ministério e culminando na reinfeção da gestante.

Nessa mesma perspectiva, um estudo sobre a incidência de sífilis congênita na Bahia, realizado por Lemos (2018), concluiu que o tratamento do parceiro é a maior barreira encontrada, visto que apenas a mulher ser tratada não é o suficiente, o não tratamento do parceiro acarreta o aumento de reinfeções e a ausência da interrupção da cadeia de transmissão da sífilis.

Os homens, muitas vezes, são afastados do cenário gestacional, não sendo valorizados pelas equipes de saúde durante o pré-natal, que acaba sendo, por vezes, de forma errônea, uma abordagem exclusiva à gestante. É possível perceber que, o suporte e orientação relacionados à patologias, por exemplo, é dado exclusivamente às mulheres que são tidas como principais cuidadoras dos filhos, percebe-se que os pais são deixados de fora desse contexto, reforçando a ideia de que os homens são responsáveis pelo sustento financeiro da família, como foi abordado em alguns estudos (BERNARDI, 2017; FERREIRA, 2014).

Ribeiro (2017) trás que o argumento principal utilizado pelas equipes de saúde para essa exclusão dos homens é que as mulheres são "naturalmente" propensas ao cuidado com os filhos, uma vez que são responsáveis por gestar e nutrir a criança. Já os homens fogem desse

"destino natural" pois não podem gerar nem nutrir, causando assim uma adaptação do social ao natural que parece ser quase automática no senso comum e que os afasta dos cuidados com os filhos.

Os homens são, inúmeras vezes, apresentados nos discursos das campanhas de saúde, não pela preocupação com a sua saúde, mas relacionado a problemas que causam a outros – no caso às mulheres, à exemplo da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis incluindo o HIV. Esse fato reforça a invisibilidade masculina no quesito cuidados à saúde e o quanto as campanhas de promoção e prevenção à saúde, trazem o olhar para a esfera feminina, mesmo que de forma indireta, reforçando os estereótipos de que a mulher tem mais necessidade do cuidado em saúde (BOTTON, 2017).

Bernardi (2017), afirma que existem mudanças no contexto da paternidade e esse fato tem impulsionando novas reflexões sobre essa temática, mas ainda existe um olhar muito mais voltado ao estudo da maternidade, dessa forma o autor reforça a importância de entender a vivência e as particularidades de ser pai na sociedade atual. Outros autores também referem a carência teórica em estudos sobre a experiência da paternidade (SILVA, 2017; SIQUEIRA, 2017; VICTOR, 2010).

Assim, se observa que os dados epidemiológicos do Brasil sobre sífilis congênita, as fragilidades do pré-natal mencionados inclusive pelo Ministério de Saúde, a exclusão do pai no cenário de gestação e parto, a desvalorização da saúde do homem culturalmente estabelecida e pelas políticas pública tão bem apresentadas nos seus programas caracterizam a justificativa do estudo.

1.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O estudo contribuirá para a assistência, ensino, pesquisa e extensão, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência à saúde do homem, visando fortalecer o proposto na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Para a assistência, o estudo oferecerá subsídios aos profissionais de saúde, a fim de possibilitar uma melhor abordagem à população masculina, com vistas a auxiliar na busca pelos cuidados em saúde. A finalidade é possibilitar o entendimento da dificuldade de comunicação observada entre as diferentes culturas e o sistema de saúde, onde é observado muitas vezes sentimentos de impotência, desconforto e uma condição de desorientação, como

se o profissional fosse um estranho que tenta compreender ou adaptar-se efetivamente a um grupo cultural diferente por causa das diferenças de costumes, valores e crenças culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Sendo assim, o conhecimento dos caminhos terapêuticos percorridos por esse homem após a descoberta da sífilis, antes mesmo do nascimento do filho e a possível transmissão vertical, possibilitará às equipes de saúde compreender as escolhas e experiências masculinas, visando orientar novas práticas de saúde nesse contexto, de forma com que o homem possa ser mais ativo no processo gestacional e repercutindo de forma direta na redução da sífilis congênita.

No tocante ao ensino, o estudo contribuirá para que docentes da área da saúde do homem e/ou área da saúde materno-infantil verifiquem as formas de abordagens de seus conteúdos, de maneira simplificada e adaptada ao cotidiano local, respeitando as características culturais. Além de subsidiar atividades de extensão de ensino de forma que incite mais discussões acerca da saúde do homem.

A pesquisa poderá estimular, também, outros profissionais da área a realizarem trabalhos relacionados ao tema, contribuindo para um fortalecimento dessa linha de pesquisa e, futuramente, para a adequação de um modelo assistencial baseado na realidade cultural brasileira. Além disso, contribuirá para que os gestores de saúde percebam a importância de melhorar o acompanhamento dos homens no contexto das infecções transmitidas sexualmente, no que tange ao seu tratamento e cura, ajudando na diminuição dos casos e colaborando com quedas nas estatísticas nacionais.

Dessa forma, espero que essa abordagem sobre o tema, possibilite à inserção desta temática às discussões no âmbito da prática e da academia, com discussões, estudos científicos e atividades de extensão, visando despertar questionamentos e inquietações, procurando sempre a busca de novos conhecimentos na área.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS RELACIONADOS À SÍFILIS ADQUIRIDA E GESTACIONAL

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. É

transmitida, principalmente, por via sexual, também por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas, por transfusão de sangue contaminado. A ausência de sintomatologia faz com que as pessoas não tenham conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, podendo comprometer os sistemas nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (2019) estabeleceu duas classificações para as formas clínicas da sífilis. Uma é pelo tempo de infecção podendo ser sífilis recente (com menos de dois anos de duração) ou sífilis tardia (mais de dois anos de duração), e a outra classificada segundo as manifestações clínicas, podendo ser primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária.

Na sífilis primária há uma lesão específica denominada cancro duro que surge no local da inoculação do agente geralmente três semanas após a infecção, sendo indolor e com regressão espontaneamente em média de duas a seis semanas após o aparecimento, não deixando cicatriz. Na maioria das vezes costuma surgir na região genital, mas também pode aparecer em outras áreas como boca, mãos, região mamária (KALININ, 2016).

Na sífilis secundária o *T. pallidum* se dissemina pelo corpo e os sinais são muito mais fáceis de serem percebidos, geralmente começa em torno de seis semanas após o aparecimento do cancro. Nesse estágio pode aparecer principalmente erupções cutânea, placas eritematosas, febre, mialgia, cefaleia e linfadenopatia generalizada (KALININ, 2016; BRASIL, 2019).

Não havendo tratamento, a sífilis entra num estado chamado de sífilis latente que é uma fase geralmente assintomática onde grande parte dos pacientes fica livre de sinais e de sintomas, mas os resultados sorológicos são positivos (KALININ, 2016). Após alguns anos infectados, os pacientes evoluem para o estágio terciário da sífilis pode acometer o sistema nervoso e cardiovascular. Nessa fase podem ser encontrados aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca congestiva, causando demência, psicose, paralisia generalizada, podendo levar o paciente a óbito em pouco tempo (SANTOS, 2019).

No tocante à testagem, há duas categorias de divisão para os testes utilizados no diagnóstico da sífilis: são exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos: a pesquisa

direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não é possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias (BRASIL, 2015).

Outra forma de testagem são os testes imunológicos que na prática são os mais utilizados: eles são treponêmicos e não treponêmico. No primeiro, é detectado anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. Pallidum*. São exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs); quimioluminescência (EQL); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA); testes rápidos. No segundo, é detectado anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Esses tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro e permite a titulação de anticorpos sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, o mais conhecido deles é o VDRL (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda a realização de exames diagnósticos para sífilis em gestantes logo na primeira consulta pré-natal (ou no primeiro trimestre), no terceiro trimestre no parto e em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/ violência sexual. (BRASIL, 2017)

Diante dos casos positivos para sífilis em gestantes, é preconizado o tratamento da gestante e das parcerias sexuais, além da realização de exame mensal para controle de cura. A realização de sorologias e testes rápidos para sífilis, durante o pré-natal, mostra-se um fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoce da gestante e das parcerias sexuais para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical (ARAÚJO, 2018).

Em 2020 o MS abrangeu o tratamento de parceria sexual para qualquer parceria sexual de pessoa com sífilis, utilizando o argumento de que um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição e portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), fica recomendado o tratamento a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o MS (2020) defende que a abordagem a uma pessoa com IST não diz respeito apenas a uma única pessoa, mas a uma rede de parcerias sexuais que estão infectadas e precisam ser tratadas.

2.2 SÍFILIS CONGÊNITA E O IMPACTO NA SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS

A sífilis congênita (SC) é caracterizada pela disseminação sanguínea do *T. pallidum*, da gestante infectada não tratada, inadequadamente tratada ou reinfectada devido à falta de adesão do parceiro ao tratamento, para o seu conceito por via transplacentária. É uma patologia de notificação compulsória, sendo considerada como marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2019).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença na mãe. Além da transmissão transplacentária, existe a possibilidade de transmissão direta do treponema para o conceito por meio do canal de parto, quando há lesão genitais materna. Assim, a probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, ou seja, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação, podendo levar a consequências severas (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida e evitada. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal, são determinantes para impactar na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical. Essas ações são contempladas no Sistema Único de Saúde (SUS), que visa assegurar o direito à atenção humanizada no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil nos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A literatura expõe que a ausência ou inadequado tratamento da gestação pode provocar complicações graves como aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal. Além de outros problemas, como prematuridade e do baixo peso ao nascimento, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões, inflamações ósseas, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, linfadenopatia generalizada, manifestações hematológicas inespecíficas, síndrome nefrótica ou nefrite e

mesmo comprometimento de sistema nervoso central, entre outros (BRASIL, 2015; FEITOSA, 2016; MONTEIRO, 2019).

No entanto, cabe ressaltar que em mais de 50% dos recém-nascidos de mulheres com sífilis adquirida durante a gravidez, a infecção é assintomática, com surgimento dos primeiros sintomas aproximadamente com 3 meses de vida, o que reforça a importância da triagem sorológica da gestante na maternidade, bem como o tratamento adequado no período do puerpério imediato (FEITOSA, 2016; BARBOSA, 2017).

De acordo com o MS, o quadro clínico da SC varia de acordo com o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna e é classificada, segundo o início dos primeiros sinais e sintomas da doença, em precoce (antes de dois anos de vida) ou tardia (após dois anos de vida) (BRASIL, 2015).

Para o diagnóstico da SC, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos testes, incluindo os exames radiológicos. Os exames laboratoriais para auxiliar o diagnóstico da sífilis congênita utilizam as mesmas metodologias descritas na sífilis adquirida, mas com particularidades de indicação e interpretação. Assim, o VDRL é o teste de escolha para o RN, e recomenda-se que sejam realizados os seguintes exames complementares: amostra de sangue (hemograma, perfil hepático e eletrólitos); avaliação neurológica com punção líquórica (células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos); raio-X de ossos longos; avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2015).

Em relação ao tratamento, a droga de escolha é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos/laboratoriais da criança. Para as crianças com sífilis congênita que apresentem neurosífilis, a cristalina é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar. Na ausência de neurosífilis, a criança com sífilis congênita pode ser tratada com benzilpenicilina procaína, por via intramuscular, ou com benzilpenicilina potássica/ cristalina, por via endovenosa (BRASIL, 2019).

No tocante ao seguimento da sífilis congênita, o MS elenca os seguintes pontos que devem ser levados em consideração (BRASIL, 2020):

- Realização de consulta ambulatorial de puericultura na 1ª semana de vida e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º mês, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. Esse retorno é necessário uma vez que a criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos.

2.3 TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL DA GESTANTE COM SÍFILIS

O Ministério da Saúde define que as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; dessa forma, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina (BRASIL, 2019).

Segundo o boletim epidemiológico de sífilis (BRASIL, 2018), entre os anos de 1998 e 2018 apenas 13,9% dos parceiros de mulheres grávidas soropositivas para sífilis foram tratados. A literatura traz que o não tratamento de parceiros sexuais representa um dos principais fatores que dificultam o controle da SC, uma vez que o não tratamento do parceiro pode culminar na reinfecção da gestante e assim acometer o feto (LIMA, 2013; VASCONCELOS, 2016; ROCHA, 2019).

Na Bahia, um estudo realizado por Lemos (2018) identificou que apenas 14% dos parceiros de mulheres diagnosticadas com sífilis receberam tratamento. A autora reforça que o tratamento do homem que convive com a gestante infectada é de fundamental importância para o sucesso da terapêutica, uma vez que interrompe a cadeia de transmissão e evita as reinfecções.

Consoante à isso, uma pesquisa que avaliou 214 prontuários de gestantes e recém-nascidos, identificou 93 casos de sífilis materna e 54 casos de sífilis congênita na cidade de Montes Claros (MG) e percebeu que a totalidade das gestantes acompanhadas teve o tratamento considerado inadequado devido ao não tratamento do parceiro (98%) (LAFETÁ, 2016). Nessa mesma problemática, Soares (2017), com o objetivo de descrever a ocorrência de sífilis gestacional e congênita em Guarapuava – PR identificou que 52,5% dos parceiros

não foram tratados e mais uma vez enfatizou como o tratamento adequado da gestante e parceiro como medida profilática de uma possível reinfecção.

Já Vasconcelos (2016) identificou alguns desafios na adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. No presente estudo, as enfermeiras entrevistadas colocaram em destaque ao desconhecimento da doença, baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade. A autora descreve o conhecimento como inerente à prevenção e adesão ao tratamento e o desconhecimento torna a problemática ainda maior. Outro desafio citado é referente a terapia medicamentosa, uma vez que o desconforto gerado pela aplicação intramuscular da penicilina benzatina pode ter influência na aderência e seguimento do tratamento.

Outros motivos descritos para a não realização do tratamento por parte dos homens estão relacionados à baixa adesão aos serviços de saúde; justificado por questões empregatícias e falta de conhecimento acerca da importância do tratamento para saúde da criança e da parceira; falta de local de referência para tratamento; e a não indicação do tratamento pelo serviço (FRANÇA, 2015; SOARES, 2017).

A desinformação acerca da doença também foi discutida por Pereira (2020). A autora infere que o fato de ter conhecimento restrito acerca da sífilis, faz com que os homens se tornem mais expostos a ela, adquiram a infecção em seus relacionamentos sexuais sem proteção, demorem para buscar o tratamento efetivo, e quando o buscam podem ter descontinuidade, por acreditar que desaparecendo os sintomas desaparecem também as consequências da infecção a longo prazo. Assim, esse estudo reforçou a necessidade da disseminação de conhecimento entre os homens acerca da sífilis.

Em seu estudo sobre sífilis na gestação, Vasconcelos (2016) analisou as estratégias utilizadas por enfermeiros da Atenção Básica para adesão dos parceiros sexuais das gestantes com diagnóstico de sífilis ao tratamento simultâneo da doença. Dentre elas, as enfermeiras entrevistadas referem que inicialmente, realizam o aconselhamento do parceiro de forma individual e sigilosa, evitando que o homem se sinta constrangido e se sinta acolhido pelo profissional e pela unidade de saúde, além de tentar conscientizar os parceiros da importância do tratamento da doença.

Além disso, no mesmo estudo, a autora enfatiza a questão do vínculo, que na opinião das entrevistadas, amplia a eficácia do tratamento, favorecendo a participação do parceiro nas

ações desenvolvidas por meio de uma boa acolhida e uma escuta qualificada (VASCONCELOS, 2016).

Pereira (2020) corrobora com Vasconcelos (2016) no que tange à escuta. A autora defende que é necessária uma escuta ativa, humanizada e empática por parte dos profissionais de saúde que atendem, diagnosticam e tratam homens com sífilis, afim de orientar para esclarecer as dúvidas e tornar o tratamento efetivo com vistas não somente à prevenção da transmissão vertical na gestação atual e futura, mas também oportunizando cuidados à saúde dos homens.

2.4 A PATERNIDADE E CUIDAR AO LONGO DA HISTÓRIA

Na perspectiva do entendimento acerca do cuidado masculino com transição para a paternidade, faz-se necessário uma reflexão a respeito do conceito de gênero e de que forma influenciou o comportamento de homens e mulheres ao longo da história. O conceito de gênero pode ser entendido a partir de duas ideias definidoras:

A primeira delas se volta para o fato de o gênero se referir a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos, estruturando-se como construções culturais e produzindo efeitos para a produção/reprodução/modelação de ser homem e ser mulher em dada sociedade. Outra ideia definidora é que os modelos de gênero se constroem a partir de uma perspectiva relacional, significando que o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa. Essa lógica atravessa vários pares relacionais, como homem-homem, mulher-mulher e homem-mulher, expressando padrões de masculinidade e feminilidade a serem seguidos e fazendo com que as identidades de homem e mulher se afirmem na medida em que ocorram aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura (GOMES, 2008. p. 239).

Assim, o conceito de gênero pode ser compreendido como uma construção social de características e funções, que configuram diferenças e correlações entre os sexos, as quais incluem a dimensão biológica, mas não se limita a ela. O gênero inclui a própria vivência subjetiva e as relações sociais subjacentes (BATISTA, 2017).

À visto disso, observa-se que relações de gênero na sociedade atual vem sofrendo muitas transformações o que proporciona o aparecimento de novos modelos de comportamento e novas representações do que é ser masculino e feminino. Historicamente o papel do homem é de ser responsável pelo sustento financeiro da família, já para a mulher é

atribuído o cuidado doméstico e dos filhos. No entanto, com as mudanças ocorridas, observa-se cada vez mais a inserção da mulher no mercado de trabalho e o homem mais envolvido nas atividades domésticas e cuidados aos filhos, ocasionando assim uma mudança nesses papéis historicamente atribuídos (BERNARDI, 2017; MATOS, 2019).

Guimarães (2019) afirma que essa mudança de papéis trata-se de um movimento de ressignificação da paternidade. A autora incita que os pais do passado em comparação com os pais atuais trazem transformação de posicionamento nas relações com os filhos. O passado aponta uma imagem paterna de uma figura emocionalmente fria, distante e severa. Isso porque havia uma ideia de que o pai não deveria expressar emoções diante do filho, para transmitir autoridade. As expressões de afeto cabiam exclusivamente às mães (PADILA 2001).

Atualmente há uma ideia que participação mais concreta e ativa dos pais na vida dos filhos. Às diferenças atribuídas à paternidade refletem para o caráter afetivo nas transformações do homem na família como pai (GUIMARÃES, 2019). Para Matos (2019) esse novo modelo paterno não parece se tratar de uma inversão de papéis entre mães e pais, mas de um tipo de relação mais complexa que os pais passaram a estabelecer com seus filhos na contemporaneidade.

Essa participação mais ativa dos pais foi observada por Matos (2019) ao investigar as experiências subjetivas dos homens durante a gestação de suas parceiras. A autora percebeu que os pais contemporâneos vêm se mostrando presentes desde a descoberta da gestação, o que fica claro quando se autodenominam grávidos e verbalizam desejos até então impensáveis, como o desejo de gravidez por parte dos homens, exemplifica.

Outra característica evidenciada no comportamento atual masculino é a valorização de aspectos relacionados à afetividade, comunicação e aparência, vinculadas anteriormente ao sexo feminino. Assim, a autora observa que as concepções acerca do estereótipo masculino vêm sendo remodeladas e, na qual tal modelo hegemônico de masculinidade está sendo dissolvido. Dessa forma, estão sendo gestadas novas formas de se pensar a masculinidade, e concomitante a isso um maior autocuidado em saúde (BATISTA, 2017).

No que tange à produção científica, essa vai de encontro à construção histórica do papel de pai na sociedade. Bernardi (2017) chama atenção para a pouca valorização e estudos a respeito da figura paterna ao longo da história, a autora destaca que somente a partir da

década de 80 é que a paternidade passou a ser estudada com mais consistência e ter uma relevância nos estudos científicos nacionais e internacionais.

No estudo de Levandowski (2001), ao verificar a incidência de artigos publicados desde 1974 a 1999 sobre o tema da paternidade e da maternidade, observou que a incidência de estudos sobre maternidade era cerca de três vezes maior. Com o passar dos anos e as mudanças referidas nesse cenário, mais estudos acerca do papel de pai foram aparecendo e se tornando cada vez mais relevantes. Assim, foi encontrado um maior número de produção em especial nos Estados Unidos, Inglaterra e Brasil (SOUZA E BENETTI, 2009).

À medida que se percebe o aumento de estudos sobre paternidade, observa-se também a criação de políticas que valorizam saúde do homem e a vivência da paternidade. O Ministério da Saúde, em 2008, divulgou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem como objetivo principal

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p.53).

Essa política, entre outros aspectos, explicita a necessidade da valorização da paternidade como um elemento relevante na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva do homem, sem, no entanto, definir o que seja paternidade, ou indicar caminhos para a sua promoção.

A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2008, p.28-29).

Para Keijzer (2003), a paternidade é composta por notáveis variações de uma cultura para outra, bem como entre as diferentes classes sociais e etnias do mesmo país. Também tem especificidades de acordo com nossa história particular de vida e diferentes significados ao longo do ciclo da relação do mesmo homem com seus filhos e filhas. O autor recomenda que a reflexão sobre o exercício da paternidade deve voltar-se tanto para o envolvimento dos homens, quanto para a possibilidade de prazer desses sujeitos com relação à gravidez, ao

parto e a relacionamentos mais democráticos e equitativos na esfera doméstica e no acesso aos serviços de saúde.

Para Ribeiro (2017), culturalmente observa-se a pouca adesão dos homens aos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária. Esses buscam pela atenção secundária ou terciária quando já estão em processo de adoecimento.

O padrão hegemônico de masculinidade e gênero interferem no autocuidado e no cuidado ao outro, por parte dos homens, partindo do histórico que o cuidado está relacionado às mulheres. Os estereótipos de gênero potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença, por exemplo, é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição física e biológica. Esses têm dificuldade em reconhecer suas vulnerabilidades, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, reforçando a ideia masculina de não buscar a atenção à saúde (KEIJZER, 2003; BRASIL, 2008; RIBEIRO, 2017).

O cuidado à saúde é associado às mulheres principalmente no período gravídico. Nesse cenário, envolver o homem na atenção ao pré-natal pode ser uma alternativa estratégica que articule as ações de saúde sexual e reprodutiva e as que buscam incentivar a paternidade cada vez mais ativa, bem como oportunizar a inserção dos homens nos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária (RIBEIRO, 2017). Concordante a isso, Matos (2019) concluiu como sendo de extrema importância que as políticas de saúde da família sejam voltadas também para os pais durante a gestação, fazendo com que esses homens se sintam cada vez mais acolhidos e participantes do processo gravídico, fortalecendo essa transição histórica e a ressignificação da paternidade.

Dessa forma, existem inúmeras instituições, políticas, leis, campanhas e projetos que foram sendo desenvolvidas ao longo dos anos e geraram um denso corpo de conhecimento que dá retaguarda e legitima a discussão sobre paternidade e cuidado no Brasil, objetivando cada vez mais a inserção dos homens no contexto da gestação, no campo da paternidade e cuidado, conforme descreve o quadro a seguir:

QUADRO 1 - PRINCIPAIS INICIATIVAS NO CAMPO DA PATERNIDADE E CUIDADO NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA

1997	Instituto Papai (PE); Instituto Promundo (RJ); Instituto Brasileiro de Direito de Família/IBDFAM (MG); Campanha “Paternidade: desejo, direito e compromisso” (Instituto Papai);
1998	Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema/UFPE); I Seminário Internacional Homens, Sexualidade e Reprodução (ECOS/Gesmap e IMS/ UERJ);
1999	Campanha Brasileira do Laço Branco: homens pelo fim da violência contra as mulheres;
2002	Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG); Manual Projeto H: Série Trabalhando com Homens Jovens (Promundo, Instituto Papai, ECOS e Salud y Gênero); Movimento pela Valorização da Paternidade (Prefeitura do Rio de Janeiro);
2004	Projeto Pai Legal (SJDC e ARPEN, SP); Decreto no 24.083, de 2004 - instituiu o mês de agosto como o “Mês de Valorização da Paternidade”, no município do Rio de Janeiro;
2005	Lei 11.008 – garante o direito à presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
2007	Início da implementação (em caráter piloto) do “Pré-Natal do Homem/Parceiro”, em unidades de saúde do estado de São Paulo; Campanha “Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante.” (Instituto Papai); Rede Nacional Primeira Infância;
2008	Campanha “Dá licença, eu sou pai!” (RHEG); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
2009	Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); I Simpósio Global Engajando Homens e Meninos pela Igualdade de Gênero, Rio de Janeiro (Aliança MenEngage); Publicação “Cartilha Unidade de Saúde Parceira do Pai” (Prefeitura do Rio de Janeiro; Comitê Vida e Movimento pela Valorização da Paternidade);
2010	Programa Pai Presente (Conselho Nacional de Justiça/CNJ);
2012	Campanha “Você é meu Pai” (Promundo); Provimento n. 16 da Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ): estabeleceu procedimentos para facilitar o reconhecimento de paternidade;
2013	I Seminário Nacional sobre Paternidade e Cuidado no Rede SUS (Coordenação Nacional de Saúde dos Homens/Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Comitê Vida e Instituto Promundo; Campanha “Pai Presente: Cuidado e Compromisso” (Coordenação Nacional de Saúde dos Homens, Ministério da Saúde)
2014	Programa P: Manual para o Exercício da Paternidade e do Cuidado (Promundo, CulturaSalud e REDMAS);
2015	Rede MenEngage Brasil (Instituto Promundo, Gema/UFPE, Instituto Papai, Noos, Ecos e Fiocruz). Grupo de Trabalho Homens pela Primeira Infância vinculado a Rede Nacional Primeira Infância I Seminário Nacional Paternidade e Primeira Infância (RJ)

2016	Primeiro relatório “A Situação da Paternidade no Brasil” (Promundo); “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde”(Ministério da Saúde); Lei n o 13.257 - Marco Legal da Primeira Infância – acrescentou 15 dias à licença paternidade de parte dos trabalhadores brasileiros. II Seminário Nacional Paternidade e Primeira Infância (Recife/PE) Curso Ead “Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado”, da CNSH com o Instituto Promundo e Comunidade de Práticas. Lançamento da plataforma 4Daddy
2017	Curso Ead “Pai Presente: Cuidado e Compromisso”. III Seminário Nacional Paternidades e Primeira Infância: Avanços e Desafios do Cuidar (SP)

Fonte: A Situação da Paternidade no Brasil. Instituto Promundo, 2019.

Essas estratégias, muito recentes, com apenas 23 anos de início, se mostram relevantes na valorização e inserção masculina no campo da paternidade e oportuniza o contato do homem com os serviços de saúde em prol do cuidado. As estratégias de pré-natal masculino, por exemplo, que aparecem no quadro após 2007, vem ganhando cada vez mais visibilidade, tem o objetivo de fortalecer o vínculo e cuidado do futuro pai com sua/seu filha/o e com a mãe da criança, e também busca funcionar como uma espécie de “porta de entrada” dos homens na Atenção Básica da Saúde (INSTITUTO PROMUNDO, 2019).

Como exemplo, temos o Pré-Natal Masculino, Pré-Natal do Parceiro e as Unidades de Saúde Parceiras do Pai, que acontecem em Foz do Iguaçu, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, respectivamente. Os homens inicialmente buscam os serviços na condição de pais/acompanhante da gestante, onde é solicitado basicamente exames sorológicos para identificação de patologias que possam interferir na saúde do binômio mãe-bebê, mas logo ele ganha um *status* de sujeito da atenção à saúde e é realizado aferição de sinais vitais, exames laboratoriais e até mesmo exames mais específicos como o antígeno prostático específico (PSA), quando tem idade superior a 40 anos (RIBEIRO, 2017).

Moura (2015), ao avaliar a participação do pai no acompanhamento do pré-natal e do parto percebeu baixo índice de relatos de oferecimento do pré-natal masculino, o que indica que o programa não está consolidado e que o foco da assistência em alguns lugares ainda se mantém exclusivamente na mulher gestante e no feto. Os homens participantes desse estudo referiram à participação focada apenas em palestras. Por outro lado, quanto à atitude dos profissionais durante a realização do pré-natal, a maioria das mulheres relatou que estes se dirigiam igualmente ao pai e à mãe. Os homens entrevistados confirmaram essa atitude de

igualdade e relataram que os profissionais davam enfoque na importância do envolvimento paterno.

Dessa forma, esse estudo evidenciou nesse aspecto, uma ruptura com a perspectiva tradicional de que a mulher é responsável por tudo o que diz respeito à reprodução e aos cuidados com os filhos porque, ao tratar os homens como interlocutores das consultas e, principalmente, ao ressaltar a necessidade do envolvimento masculino durante o período gestacional (MOURA, 2015). Vale ressaltar que todas essas ações precisam ser mais intensificadas, para otimizar cada vez mais a participação masculina nos diversos cenários de atenção à saúde.

No tocante do que já foi falado, observa-se que na maioria das vezes é necessário associar a presença do homem nas unidades de saúde ao período do ciclo gravídico-puerperal da mulher, poucos são os momentos onde o homem é encontrado, buscando cuidados para si, independente de mulher e filhos. Para Ribeiro (2017) as práticas de prevenção à saúde são estranhas aos homens, quando esses têm alguma necessidade prevalece a ideia central de “resolver o problema” e “ficar logo bom”, colocando a ênfase na cura e não na prevenção.

Em um estudo realizado por Moreira (2016) com o objetivo de analisar as estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família no que tange à Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais de saúde entrevistados, justificaram a ausência dos homens nos serviços devido o foco de políticas e programas serem para o público feminino, voltados efetivamente para a redução da mortalidade materna e infantil, para o combate ao câncer de colo uterino e de mama, afastando assim os homens das prioridades estabelecidas. O estudo ainda aponta que o pequeno contingente masculino que utiliza os serviços primários em saúde é representado principalmente por idosos captados pelos programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos, reforçando a ideia de que os homens aparentemente sem comorbidades, ou sem o seu reconhecimento e ativos no mercado de trabalho não buscam cuidados de atenção à saúde (KNAUTH, 2012; MOREIRA, 2016).

Por fim, nota-se a necessidade de fortalecer as metas e objetivos propostos pela PNAISH, inicialmente buscando a sensibilização de gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção. É fundamental utilizar meios mais inclusivos, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços

masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

2.5 A CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A partir do momento que o indivíduo observa alguma alteração de sintomas físicos ou psíquicos e se reconhece com alguma comorbidade, ele passa por diversas possibilidades (ou não) de escolhas e aderência às formas de tratamento. No entanto, entender a saúde dos indivíduos e a maneira como eles encaram a doença e buscam por cuidados é um processo de extrema complexidade que vai além do aspecto biológico, mas perpassa por contextos econômicos, sociais e principalmente culturais, ou seja, os indivíduos moldam o seu corpo, os seus pensamentos e as suas ações a partir do espaço social no qual eles vivem (ALVES, 2015; LEININGER E MCFARLAND, 2015; NAZARETH, 2017).

O conceito de IT foi definido por alguns autores como todos os movimentos desencadeados pelos indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes, logo, referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (MARTINEZ, 2006; CABRAL, 2011).

Os movimentos desencadeados em busca de tratamento por parte dos indivíduos são escolhas individuais de expressão de construções subjetivas acerca do processo de adoecimento e formas de tratamento e sofre influências dos múltiplos contextos em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, os caminhos percorridos em busca dos cuidados terapêuticos nem sempre seguem os esquemas e fluxo pré-estabelecidos pelas unidades de saúde, mas tem a influência do ambiente e da cultura dos sujeitos (ALVES, 2015).

No Brasil, a discussão sobre IT ainda é recente e conta com a contribuição de poucos autores. Dentre eles, chama atenção um estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde (ECSAS), da Universidade Federal da Bahia, com os habitantes do Nordeste de Amaralina, bairro situado no município de Salvador, BA, tendo como principal objeto os processos sociais envolvidos na experiência e enfrentamento da doença mental. Nesse estudo o itinerário terapêutico é definido a partir da literatura socioantropológica e os autores descrevem como tendo principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento.

Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (ALVES, 1999).

Ao longo da história das ciências sociais, esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como “*illness behavior*”, “*illness career*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições (ALVES, 2015).

Os primeiros trabalhos sobre IT foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic e Volkart (1961). Inicialmente, as pesquisas tinham uma forte coloração pragmática—onde os indivíduos orientam racionalmente a conduta para a satisfação das suas necessidades. Trata-se, portanto, de uma teoria baseada em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício (MECHANIC, 1961; ALVES, 1999).

A observação dos valores culturais deu margem a uma segunda grande vertente dos estudos sobre *illness behaviour*, nessa perspectiva, dois importantes trabalhos foram desenvolvidos, um deles foi o de Zborowski (1952), que analisou comparativamente como americanos de origem judaica, italiana e irlandesa reagem à dor em um hospital de Nova York; o outro foi a investigação de Koos (1954) sobre as decisões de tratamento em uma pequena cidade americana. Esses estudos procuraram investigar a determinação de valores culturais supostamente oriundos das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconômicos, estruturas familiares, gênero e idade, nas respostas aos problemas de saúde. A ênfase da análise, neste caso, costumava recair sobre a identificação dos fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde, especialmente profissional, e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento (ALVES, 1999; MÂNGIA, 2008; ALVES; 2015)

A partir de então, os estudos sobre *illness behaviour* adquiriram importância ao chamar a atenção para os fatores que vão além da doença, mas que perpassam sobretudo pela variação cultural, chamados de fatores extrabiológicos da doença (ALVES, 1999). O mesmo autor chama atenção que a maior parte desses estudos apresentou graves problemas teórico-metodológicos, o que não possibilitou avaliar as diferenças epistemológicas e implicações para a análise dos casos. Outro ponto refutado é o fato de considerarem o modelo biomédico como único existente para compreensão das definições populares sobre doença e tratamento,

não levando em consideração o conhecimento leigo e não racional utilizado pelo indivíduo no momento de escolha do tratamento (ALVES, 1999).

A partir da década de 1980, as pesquisas sobre IT foram ampliadas e passaram a dar mais ênfase à existência de diferentes concepções médicas sobre doença e tratamento que passou a incorporar os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha do tratamento.

Dessa forma, foram sugeridos muitos estudos sobre sistemas de classificações das diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento. O esquema proposto por Kleinman (1978) é o mais utilizado e aceito atualmente. Arthur Kleinman era estudioso da Antropologia da Saúde e na tentativa de organizar os diferentes pontos de vista sobre doenças e processos de tratamento entre as várias possibilidades acessíveis, elaborou o modelo teórico denominado Sistema de Cuidado à Saúde que possui estruturas internas semelhantes às dos limites entre culturas, enquanto seu conteúdo varia com as circunstâncias social e ambiental de cada subsistema. (ALVES, 2015; NAZARETH, 2017).

O autor propõe que os cuidados em saúde podem ser localizados em três subsistemas diferentes, dentro dos quais a experiência da doença é vivenciada: profissional, *folk* e popular. O subsistema profissional é composto pela medicina científica e pelos sistemas médicos tradicionais (chinês, ayurvédico, entre outros); O *folk* é composto por curandeiros, rezadores, benzedeiros e outros; e o popular diz respeito ao campo leigo, no qual estão localizados a automedicação, a ajuda de amigos e familiares, a assistência mútua. Para a compreensão dessas práticas, Kleinman desenvolveu o conceito de “modelo explicativo”, que pode ser definido como

um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas (ALVES; SOUZA, 1999, p.129).

Por isso Kleinman (1978) afirma que o Sistema de Cuidado à Saúde é socialmente e culturalmente construídos, desencorajando o domínio do etnocentrismo e do cientificismo nas profissões da área da saúde moderna, desconstruindo também o paradigma do reducionismo biológico - aquele que acredita que os problemas são apenas de natureza biológica e a “cura” um processo totalmente independente, atemporal e livre de cultura (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Após conclusões realizadas por Kleinman, com as discussões sobre o Sistema de Cuidado à Saúde, foi possível reconfigurar a análise dos itinerários terapêuticos, que passou a

incorporar os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha do tratamento (MÂNGIA, 2008).

A partir dessa compreensão, os itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projetos terapêuticos e compreender quais são os elementos que influenciam as escolhas dos indivíduos adquirindo importância no percurso do tratamento.

2.6 DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: TEORIA E ESTADO DA ARTE NO BRASIL

As Teorias de Enfermagem exercem papel fundamental por apoiarem as práticas de enfermagem com suas bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado. São definidas como uma articulação organizada, coerente e sistemática de conceitos relacionados à enfermagem e se desenvolvem com vistas a refletir sobre os interesses do ambiente científico e da sociedade. Têm como objetivo descrever os fenômenos, explicar as relações entre eles e prever consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem (RAMALHO NETO, 2016; SANTOS, 2019).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), criada pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, teve início na década de 1950, após a II Guerra Mundial, nos Estados Unidos. Durante esse período, a alta tecnologia adentrava no ambiente hospitalar, e a maioria das enfermeiras estavam focando sua atenção nesta nova tecnologia e interessadas nas explicações biológicas do cuidado (LEININGER & McFARLAND, 2015).

Nesse contexto, Leininger, observou que a cultura e o cuidado eram as principais dimensões que faltavam na enfermagem e nos serviços de saúde, e ao iniciar o curso de Doutorado em Antropologia elaborou e aplicou a Teoria do Cuidado Cultural defendendo as crenças no cuidado, valores e práticas como forma de compreender as questões de saúde. Assim, a TDUCC foi desenvolvida com o enfoque específico sobre a enfermagem, também sendo utilizada em outras disciplinas relacionadas à saúde para promover o cuidado transcultural as pessoas em diversas culturas (LEININGER & McFARLAND, 2015).

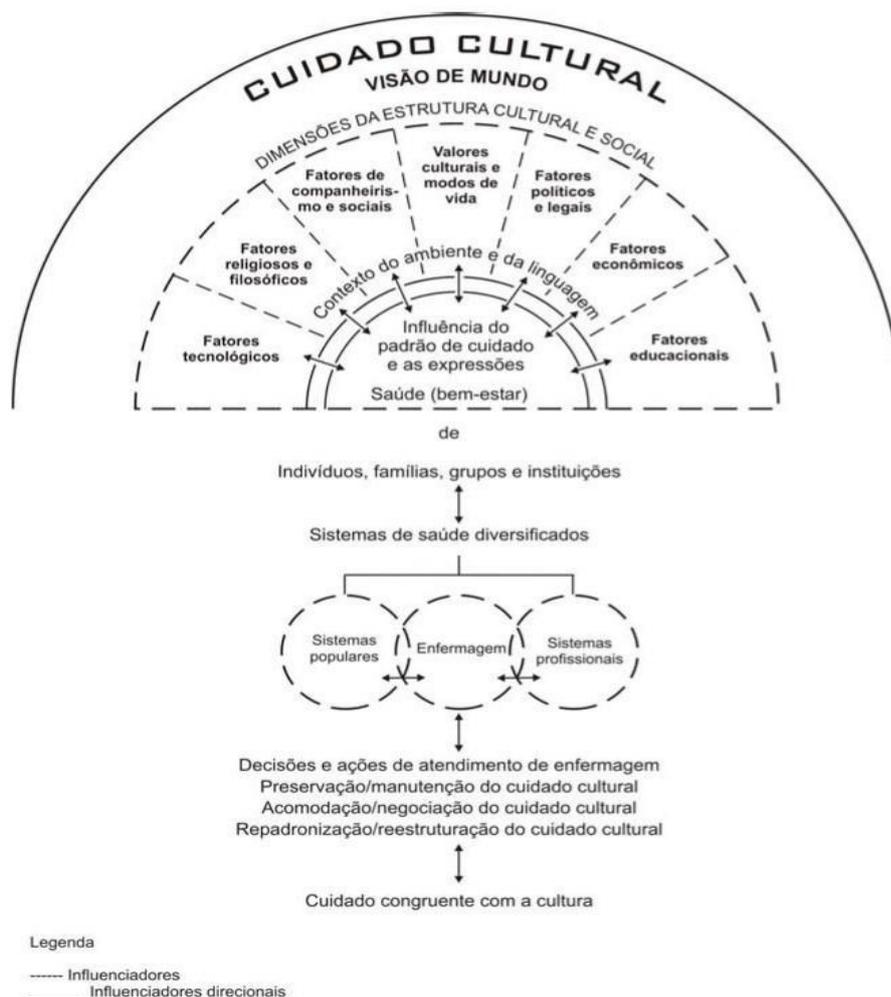
A Teoria do Cuidado Cultural tem como objetivo descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência do cuidado e do fenômeno cultural com as semelhanças e diferenças entre as culturas. Leininger acreditava que tal conhecimento era essencial para o

cuidado profissional e dos demais provedores de cuidados à saúde (LEININGER & McFARLAND, 2015).

Leininger desenvolveu um método de pesquisa específico, denominado Etnoenfermagem, para que de forma sistemática e rigorosa pudesse descobrir o domínio de inquirição (DOI), referente ao cuidado cultural. Tratava-se de um novo método, diferente dos métodos qualitativos, inclusive o etnográfico. A autora acreditava que para descobrir um novo ou diferente fenômeno era necessário ao pesquisador ouvir as histórias dos informantes sobre sua saúde e o seu modo cultural de viver. O método foi explicitamente designado por Leininger para adequar-se à TDUCC e também para adequar-se aos objetivos dos estudos qualitativos (LEININGER & McFARLAND, 2015).

O Modelo de *Sunrise* (Figura 1), foi desenvolvido pela teórica como orientador de pesquisa para obter um amplo e específico conhecimento profundo trazido no objetivo da teoria e nos domínios de inquirição. Este capacitador serve como um mapa cognitivo para descobrir os fatores embutidos e múltiplos relacionados à teoria, tendências e suposições com o domínio específico de inquirição sob estudo. Este diagrama visual lembra o pesquisador a buscar amplamente vários fatores que influenciam o cuidado dentro de qualquer cultura (LEININGER & McFARLAND, 2015).

FIGURA 1- MODELO SUNRISE



Fonte: Figura traduzida extraída da tese de doutorado de SILVA (2003), p. 36

Este é um diagrama que destaca os pontos principais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e tem como objetivo descobrir, explicar, interpretar e prever conhecimento do cuidado, bem como desenvolver cuidado de enfermagem culturalmente congruente (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

O Brasil é um país com vasta diversidade no contexto social e cultural que suscita diferentes necessidades, significados e expectativas de cuidado. Dessa forma, tendo em vista que a teoria da enfermeira Madeleine Leininger foi desenvolvida em contexto norte-americano, procurou-se levantar as produções científica Brasileira que a utilizaram. Assim, este estudo é relevante por apresentar produção da Enfermagem Transcultural no Brasil, tornando mais visível a sua aplicação nas diversas áreas de conhecimento da enfermagem. Além disso, os resultados podem contribuir para o processo de formação dos enfermeiros,

tanto da graduação como da pós-graduação, acerca da utilização de teorias e conceitos. Isto posto, apresento uma revisão que tem como objetivo refletir como vem sendo utilizada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madelaine Leininger na produção científica brasileira de Enfermagem.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo de revisão integrativa com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Como vem sendo utilizada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madelaine Leininger na produção científica brasileira de Enfermagem?

Tal questão norteadora foi construída a partir da utilização do BeHEMOTH, entendendo a necessidade de utilizar métodos sistemáticos, formalizados e pré-especificados para especificar e identificar teorias para uma revisão sistemática. Para Booth e Carroll (2015), o procedimento BeHEMOTH oferece um ponto de partida viável para identificar a teoria e permite que revisores sistemáticos expliquem como eles identificaram teorias que sustentam uma determinada intervenção ou sua implementação.

O quadro a seguir descreve os elementos da estrutura BeHEMOTH, especificando os pontos levantados para a construção na questão norteadora desse estudo:

QUADRO 2 – APLICAÇÃO DO BEHEMOTH NA FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

Be - Comportamento de interesse: o modelo como a teoria vem sendo utilizada.
H - Contexto da saúde: produção científica brasileira de Enfermagem.
E - Exclusões: exclusão de artigos que não apresentam a TDUCC como foco central da pesquisa.
MoTh - Modelos ou Teorias: Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madelaine Leininger.

Fonte: Booth e Carroll (2015), adaptado.

A revisão integrativa permite a incorporação na prática clínica de evidências, com compreensão de abordagem metodológica ampla e utilização de estudos experimentais e não experimentais. Esse processo compreende cinco etapas, sendo essas: primeira etapa, elaboração da pergunta norteadora; na segunda etapa busca-se identificar a amostragem na

literatura; a terceira etapa compreende toda a coleta de dados, o período para a análise crítica dos estudos entra na quarta etapa, na quinta etapa ocorre à discussão dos resultados executada pelo (a) autor (a) (TEIXEIRA, 2013).

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos completos publicados em base de dados nacionais que utilizaram a teoria de M. Leininger em sua fundamentação. Os critérios de exclusão foram: artigos escritos em outras línguas, artigos que não apresentam a TDUCC como foco central da pesquisa, dissertações, teses e capítulos de livros.

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2019 a janeiro de 2020 por meio de busca eletrônica no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2010 e 2019. A escolha do período se deu visando encontrar a utilização da teoria nos últimos 10 anos em periódicos nacionais indexados na base de dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “enfermagem transcultural” e “teorias de enfermagem”. Para o descritor teoria de enfermagem, o nome “Madeleine Leininger” foi acrescentado para obter especificidade na busca e com o intuito de obter maior número de publicações sobre o assunto.

A terceira etapa, referente a coleta dos dados, foi realizada através das seguintes informações: base de dados, autor, ano de publicação, título e objetivo do estudo. Nessa fase o objetivo foi organizar e sumarizar os dados de maneira concisa. Na quarta etapa realizou-se a interpretação e análise dos resultados.

O quadro a seguir apresenta a quantidade de artigos encontradas a partir das estratégias de busca conforme descritos na metodologia.

QUADRO 3 - BUSCA NA BASE DE DADOS DE ACORDO COM OS AGRUPAMENTOS DOS DESCRITORES

Descritores	Teorias de Enfermagem	Enfermagem Transcultural	Madeleine Leininger
Artigos encontrados	390	137	37
Cruzamento de descritores	“Teorias de Enfermagem” and “Enfermagem Transcultural”	“Enfermagem Transcultural” and “Madeleine Leininger”	“Teorias de Enfermagem” and “Madeleine Leininger”
Artigos encontrados	17	15	8

Fonte: Dados da pesquisa

Inicialmente a busca foi realizada utilizando dois descritores isolados, onde foram encontrados 390 artigos para Teorias de Enfermagem e 137 artigos para Enfermagem Transcultural. O nome Madeleine Leininger, mesmo não se tratando de um descritor cadastrado do DECS foi utilizado e foram encontrados 37 artigos que abordavam a teoria de enfermagem proposta por Leininger.

Ao realizar o cruzamento dos descritores Teorias de Enfermagem e Enfermagem Transcultural foram encontrados 17 artigos completos. Quando utilizado Enfermagem Transcultural e o nome de Madeleine Leininger foram encontrados 15 artigos. Por fim, ao realizar o cruzamento de Teorias de Enfermagem e Madeleine Leininger foram encontrados oito artigos.

Tendo em vista que alguns artigos se repetiam a partir do cruzamento dos descritores e após leitura completa dos resumos, foram selecionados e analisados 16 artigos no presente estudo. Os estudos analisados foram nomeados como E1, E2, E3, E4, E5 (...), em ordem crescente até E16, conforme descrição no quadro a seguir.

QUADRO 4 – IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

Título	Descritores	Autores (as)
E1 - Reflexões acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger.	Violência Contra a Mulher; Teoria de Enfermagem; Enfermagem Transcultural.	Daiane Broch, Maria da Graça Oliveira Crossetti, Deise Lisboa Riquinho
E2- A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992– 2011)	Teoria de enfermagem; Enfermagem Transcultural; Pesquisa em enfermagem.	Fátima Cristina Mattara Camargo, Raquel Faria da Silva Lima, Alessandra Mello dos Santos, Leila Rangel da Silva, Inês Maria Meneses dos Santos.
E3 - Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem.	Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Transcultural; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional.	Cleber Lopes Campelo, Santana de Maria Alves de Sousa, Lúcia Divana Carvalho Silva, Rosilda Silva Dias, Patrícia Ribeiro Azevedo, Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Sirliane de Souza Paiva;
E4 - Riscos gestacionais e o nascimento prematuro: enfrentamento para a maternagem.	Enfermagem Materno-Infantil; Enfermagem Neonatal; Relações Mãe-Filho; Recém-Nascido Prematuro; Enfermagem Transcultural; Pesquisa em Enfermagem.	Isis Vanessa Nazareth, Inês Maria Meneses dos Santos, Leila Rangel da Silva, Suellen da Rocha Lage Moraes, Ítalo Rodolfo Silva.
E5- Prática educativa do enfermeiro na consulta de enfermagem à criança na perspectiva de Madeleine Leininger	Educação em saúde; Cuidado da criança; Atenção primária à saúde; Enfermagem	Girzia Sammya Tajra Rocha, Augusto Cezar Antunes de Araujo Filho, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, Silvana Santiago da Rocha.

E6- Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger	Grupo com ancestrais do continente africano; cuidado da criança; enfermagem em saúde comunitária; identificação da emergência.	Samylla Maira Costa Siqueira; Viviane Silva de Jesus; Lorena Fernanda Nascimento Santos; Juliana Pedra de Oliveira Muniz; Elane Nayara Batista dos Santos; Climene Laura de Camargo.
E7 - Sistematização da assistência de enfermagem: da teoria ao cuidado integral	Assistência de Enfermagem; Assistência Domiciliar; Educação em Enfermagem; Cuidadores.	Mariza Gandolfi, Cheila Karei Siega, Letícia Maria Rostirolla, Maria Elisabeth Kleba, Liane Colliselli.
E8 - O Cuidado Cultural dos Pais na Promoção do Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Infantil; Enfermagem Pediátrica; Cuidados de Enfermagem; Cultura; Promoção da Saúde	Edina Araújo Rodrigues Oliveira; Silvana Santiago da Rocha.
E9 - A utilização de um jogo educativo no processo ensino-aprendizagem da teoria de Madeleine Leininger: relato de experiência	Ensino; Aprendizagem; Jogos e Brinquedos; Teoria de Enfermagem.	Joseilze Santos Andrade, Flávia Janólio Costa Pinto da Silva, Maria Cláudia Tavares de Mattos, Caíque Jordan Nunes Ribeiro, Flávio dos Santos Nascimento, Maria Ilda Alves de Oliveira.
E10 - Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger	Enfermagem transcultural; Cuidados de enfermagem; Teoria de enfermagem.	Susanne Elero Betioli, Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu, Marineli Joaquim Meier, Marilene Loewen Wall, Maria Helena Lenardt
E11 - Conceitos da teoria do cuidado cultural em dissertações de mestrado	Enfermagem transcultural; Teoria de enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Cuidados de enfermagem.	Astrid Eggert Boehs; Marisa Monticelli; Marialda Martins; Gisele Cristina Manfrini Fernandes; Iara Simoni Silveira Feyer; Pamela Camila Fernandes Rumor.
E12 - Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger	Prevenção de doenças; Neoplasias do colo do útero; Grupo com ancestrais do continente africano; Cultura; Enfermagem	Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes; Enilda Rosendo do Nascimento; Sílvia Lúcia Ferreira; Edmeia de Almeida Cardoso Coelho; Leila Rangel da Silva; Chirlene Oliveira de Jesus Pereira.
E 13 - As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger	Enfermagem transcultural; Teoria de enfermagem; Cuidados de enfermagem.	Tatiane Michel; Marcia Daniele Seima; Maria Ribeiro Lacerda; Elizabeth Bernardino; Maria Helena Lenardt.
E 14 - Fatores sociais que influenciam a amamentação de recém-nascidos prematuros: estudo descritivo	Enfermagem Transcultural; Prematuro; Aleitamento Materno.	Leila Rangel da Silva, Maria Emanuele Izidro de Souza Elles, Maíra Domingues Bernardes Silva, Inês Maria Meneses dos Santos, Kleyde Ventura de Souza, Sheini Manhães de Carvalho.
E 15 - Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença:	Enfermagem transcultural. Processo saúde-doença. Cuidado.	Jorge Luiz Lima Silva, Emanoele Amaral Machado, Felipe dos Santos Costa,

contribuições para a assistência de enfermagem		Jéssica de Lyra Sousa, Rodrigo Pereira Taveira, Fabiano Mizael Carolindo, Márcia Isabel Gentil Diniz.
E 16- A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011	Enfermagem transcultural. Teoria de Enfermagem. Cuidados de enfermagem.	Márcia Daniele Seima; Tatiane Michel; Marineli Joaquim Méier; Marilene Loewen Wall; Maria Helena Lenardt.

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro a seguir detalha o tipo de estudo utilizado em cada artigo analisado, bem como o nível de evidência científica. De acordo com Stillwell e colaboradores (2010), a melhor evidência científica de pesquisa é aquela que fornece informações mais confiáveis sobre determinado assunto. O autor estabelece VII classificações de níveis de evidência, que vão desde ensaios clínicos randomizados até estudos de opinião ou consenso. Esses ensaios estão no topo da lista hierárquica de níveis de evidência, sendo configurado como de fundamental importância para a tomada de decisões clínicas por profissionais de saúde, por exemplo. Já para estudos de opinião ou consenso, são atribuídos o nível VII, sendo assim de baixa confiabilidade. Para a classificação nesse estudo, adotamos o modelo proposto por Stillwell (2010).

QUADRO 5- OBJETIVOS DOS ARTIGOS, TIPO DE ESTUDO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Id	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
E1	Refletir acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger.	Estudo qualitativo, descritivo, tipo análise reflexiva	V
E2	Descrever e analisar a aplicabilidade da Teoria do Cuidado Cultural, nas pesquisas divulgadas nas revistas de Enfermagem brasileira, no período de 1992-2011.	Pesquisa bibliográfica	V
E3	Compreender a cultura de segurança fundamentada nos conceitos discutidos na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e no Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural.	Análise reflexiva	VI
E4	Compreender a vivência da maternagem de mães com filhos prematuros.	Estudo qualitativo, descritivo	VI
E5	Refletir sobre o exercício da prática educativa do enfermeiro na consulta de enfermagem à criança na perspectiva da teoria transcultural de Madeleine Leininger	Reflexão	VII
E6	Analisar a percepção de mães quilombolas sobre urgência/emergência pediátricas e identificar as dificuldades no enfrentamento	Pesquisa qualitativa	VI

	dessas situações.		
E7	Relatar a assistência de enfermagem a pacientes acamados, moradores do território adscrito a um Centro de Saúde da Família	Estudo descritivo, tipo relato de experiência	VI
E8	Compreender como os pais promovem o desenvolvimento infantil às crianças menores de cinco anos no contexto familiar, estabelecendo cuidados de enfermagem à luz da teoria de Madeleine Leininger.	Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa	VI
E9	Descrever a experiência na construção e validação de um jogo educativo no processo ensino-aprendizagem da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger	Estudo descritivo, avaliativo, do tipo relato de experiência	VI
E10	Identificar decisões e ações de cuidado em enfermagem utilizadas nas produções científicas brasileiras alicerçadas na Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger	Revisão integrativa	V
E11	Analisar os conceitos utilizados em dissertações de mestrado elaboradas a partir da Teoria do Cuidado Cultural.	Pesquisa bibliográfica	V
E12	Discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres quilombolas	Estudo qualitativo	VI
E13	Descrever as práticas educativas em enfermagem fundamentadas na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger encontradas em relatos de vivências profissionais	Revisão sistemática qualitativa	V
E14	Descrever as dimensões sociais que potencializam e/ou interferem com a amamentação.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	VI
E15	Refletir sobre a relação entre a teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger com o processo saúde-doença, como possível benefício à assistência de enfermagem.	Estudo descritivo, exploratório	V
E16	Refletir sobre a utilização da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger na produção científica brasileira de enfermagem.	Revisão integrativa	V

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da leitura e análise dos artigos detalhados acima, foi possível identificar nove revisões integrativas de literatura e sete estudos que apresentam pesquisas de campo e/ou intervenções na prática. Assim, essa análise foi feita em duas etapas: um referente a reflexão e revisão da teoria apresentadas nas revisões de literatura e a outra a respeito de processos investigativos fundamentados nos conceitos propostos por Leininger ou utilizando o método da Etnoenfermagem.

a) Reflexão e Revisão sobre a Teoria

Nesse primeiro momento buscamos analisar as revisões integrativas que abordam acerca da importância do conhecimento cultural no cuidado em diversos contextos e no decorrer desta leitura veremos que o campo de possibilidades de utilização do referencial de Leininger pode ser bastante amplo. Os estudos analisados foram realizados em múltiplos contextos, entre eles violência contra a mulher, prática educativa na consulta de enfermagem, cultura de segurança do paciente, aplicação da teoria por enfermeiras.

Bertioli (2013) analisou 12 artigos buscando responder de que maneira são utilizadas e/ou referidas as decisões e ações de cuidado em enfermagem culturalmente congruentes, propostos no Modelo de Sunrise, nas produções científicas brasileiras.

A autora evidenciou que a preservação, acomodação e repadronização dos cuidados são de extrema utilidade na prática e pesquisa, bem como contribuem para o crescimento da enfermagem enquanto profissão, pois ao utilizar uma teoria própria da enfermagem, observa-se um guia efetivo para a decisão, ação e avaliação do cuidado. Apesar disso, a autora chamou atenção para um número reduzido de publicações que abrangeram a preservação, acomodação e repadronização do cuidado na produção científica brasileira (BERTIOLLI, 2013).

A Teoria do Cuidado Cultural também é encontrada em dissertações e teses de mestrado e doutorado. Nessa perspectiva é que Boehs (2010) analisou os conceitos utilizados em dissertações de mestrado elaboradas a partir da Teoria do Cuidado Cultural. A autora analisou 21 obras de dissertação que foram defendidas entre 1990 e 2005.

Nesse estudo, Boehs (2010) observou que os conceitos mais utilizados nas dissertações eram os de cuidado profissional e cuidado popular, estando presente em 100% dos trabalhos analisados, seguindo-se do conceito de cultura (90%) e de cuidar/cuidado, que estavam em 75% dos estudos. Além disso, os modos de cuidado propostos por Leininger (a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado cultural) também aparecem nos estudos e são vistos como fundamentos operacionais para a intervenção em enfermagem.

Por fim, esse estudo observou que as dissertações analisadas utilizam os conceitos e definições originais propostas por Leininger, mas também empregam subsídios de conceitos de outras teorias para concluir suas pretensões científicas. Dessa maneira, aparecem algumas inconsistências no que diz respeito à teoria original, provocando descaracterizações, agravadas pela utilização de fontes secundárias. No entanto, esse também foi considerado um

aspecto positivo à medida que ajuda a ampliar a abrangência do arcabouço teórico deste referencial (BOEHS, 2010).

A revisão acerca da violência contra a mulher procurou avaliar como a teoria transcultural de Madeleine Leininger pode auxiliar o enfermeiro no enfrentamento desta situação. Esse estudo entendeu que o Modelo Sunrise pode ser utilizado no mapeamento das causas de violência, atuando na dimensão social, meio ambiente e modo de vida, analisando os fatores da educação, relação de parentesco, tecnologia, religião, fatores econômicos, tradições e normas legais. Por fim, a autora conclui que a utilização da teoria transcultural subsidia o exercício de um cuidado crítico e reflexivo, estimulando o enfermeiro a entender o significado das práticas de cuidado específicas de cada cultura e suas influências com o propósito de tornar o cuidado integral e acolhedor (BROCH, 2017).

Rocha (2015) defende que é necessário conhecer o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do usuário e de suas famílias, com o intuito de construir uma abordagem inovadora do cuidar, dessa forma, a autora defende o aprimoramento acerca da enfermagem transcultural e a necessidade de apropriação do cuidar, pela enfermagem, valorizando um referencial teórico condizente com sua realidade permeada por usuários de origens, características, culturas e discursos diversos.

Concordante a isso, Campelo (2018) infere que os profissionais de Enfermagem precisam entender que tanto as concepções culturais individuais, como as organizacionais interferem diretamente na qualidade e segurança do cuidado oferecido aos pacientes. Esse estudo objetivou compreender a cultura de segurança fundamentada nos conceitos discutidos na TDUCC e no Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural. Assim, a autora concluiu que a Teoria proposta por Leininger é perfeitamente apropriado no contexto da cultura de segurança do paciente, pois os conceitos de cuidado culturalmente competente e comunicação cultural remetem à atenção da Enfermagem para a necessidade de considerar os aspectos culturais contribuindo, dessa maneira, para a prática do cuidado seguro e significativo (CAMPELO, 2018).

Camargo (2014) buscou analisar a aplicabilidade da Teoria do Cuidado Cultural nas pesquisas divulgadas nas revistas de Enfermagem brasileira, no período de 1992-2011. A autora encontrou 59 artigos publicados com 50 autores principais diferentes, demonstrando que a teoria do cuidado cultural foi estudada por diferentes autores no período referido e a temática mais encontrada foram relacionadas a gestação, parto e pós parto.

Nessa mesma perspectiva, encontramos a revisão realizada por Seima (2011) que utilizou o período de 1985 até 2011. O artigo concorda com que foi encontrado por Carmargo (2014) no que tange a amplitude das pesquisas brasileiras que tem por base a TDUCC e dialoga com outros autores quando se refere aos múltiplos contextos culturais, ressaltando a importância de conhecer a cultura, os valores, as crenças e os modos de vida dos indivíduos (MICHEL, 2010; SEIMA, 2011; SILVA, 2013).

Assim, através do resumo de cada estudo, podemos ver que todos eles chamam atenção para o aprimoramento do cuidado em saúde, considerando a importância da diversidade cultural na atuação da enfermeira. Além disso, as revisões ainda reforçam a importância da aplicação dessa teoria na prática assistencial para auxiliar na compreensão dos determinantes em saúde.

b) Processos investigativos

Nesse segundo tópico da análise, referente aos processos investigativos, foi possível identificar que o método da etnoenfermagem proposto por Leininger foi encontrado em seis, das sete pesquisas analisadas, através do Modelo de *Sunrise*. Essa ferramenta, em seu primeiro nível, estuda sete fatores das dimensões da estrutura social: tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companheirismos e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais.

No artigo “O cuidado cultural de pais na promoção do desenvolvimento infantil”, a autora percebeu que a contribuição cultural se faz presente em cada família abordada e que isso pode influenciar na promoção da saúde das crianças. Nesse estudo foi utilizado o terceiro nível do Modelo de *Sunrise*, que se refere a preservação, acomodação e repadronização do cuidado cultural. Ao elencar os cuidados de enfermagem pautados nos pressupostos da Teoria de Leininger, Oliveira (2019) pretendia que os enfermeiros desenvolvessem a prática de um cuidado cultural congruente embasado nos diferentes valores culturais e modos de vida de cada indivíduo ou grupo. Por fim, a autora concluiu que a Teoria do Cuidado Cultural permitiu ampliar as possibilidades de vislumbrar este cenário na dinâmica familiar, fazendo-nos perceber que é totalmente viável construir uma assistência de enfermagem sistematizada com a articulação entre família, criança, enfermeiro e comunidade, conservando as contribuições culturais de cada segmento (OLIVEIRA, 2019).

Fernandes (2018) e Nazareth (2019) também utilizaram o método da etnoenfermagem, com o Modelo de Sunrise para basear suas análises. A primeira buscou discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres quilombolas. Já a segunda, estudou a vivência para a maternagem após o parto prematuro e chamou a atenção para as limitações da interpretação qualitativa baseada na etnoenfermagem, referindo que está mais próxima de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas.

Nessa mesma perspectiva, Silva (2012) quando buscava descrever as dimensões sociais que potencializam e/ou interferem com a amamentação, identificou nos resultados três dos sete fatores propostos no primeiro nível do Modelo de *Sunrise*, sendo eles: os fatores tecnológicos, de companheirismo e sociais, culturais e de modos de vida, concluindo que esses fatores tinham relação direta com as potencialidades e interferências do processo de amamentação de recém-nascidos.

Gandolfi (2016), no contexto da saúde da família, aplicou a Sistematização da Assistência em Enfermagem utilizando os conceitos propostos por Leininger no que tange à preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado cultural, estabelecendo um plano de cuidados com os pacientes. Dessa forma, a autora percebeu que quando as ações se baseiam em aspectos culturais ocorre o fortalecimento da equipe de saúde na comunidade, facilitando os processos de diagnóstico e planejamento da assistência.

Para Siqueira (2018), os pressupostos da Teoria de Leininger foram imprescindíveis para compreender as percepções de mães quilombolas. Nesse estudo foi evidenciado que a dificuldade de conceituar os termos (como por exemplo explicar uma febre) pelas participantes pode ser associado às diferenças culturais existentes entre as pessoas, bem como o conceito de cuidado cultural foi observado a partir da mobilização das primeiras medidas de cuidado no meio familiar e pelo reconhecimento do limite de cuidados.

Esse estudo concluiu que a TDUCC proposta por Madeleine Leininger tem sido utilizada em estudos brasileiros na assistência, ensino e pesquisa de enfermagem, tanto como aporte teórico, tanto como método de estudo por meio da etnoenfermagem.

Essas pesquisas norteadas pela enfermagem transcultural permeiam em diversos contextos, demonstrando que é possível utilizar a teoria desde a aplicação da sistematização da enfermagem, passando por processos educativos e principalmente em populações, com diversas especificidades, como uma comunidade quilombola ou cuidados a recém-nascidos prematuros.

A maioria dos trabalhos analisados reflete acerca da preservação, da acomodação e da repadronização do cuidado cultural sendo referidos como fundamentos operacionais essenciais para a intervenção em enfermagem.

Em todos os estudos, os autores evidenciaram a importância do cuidado culturalmente construído, chamando atenção para a importância de se conhecer o contexto cultural, as crenças e visões de mundo dos grupos estudados. Diante destas evidências científicas de aplicabilidade do TDUCC, acredita-se que é necessário valorizar e dar maior visibilidade a esta Teoria para que haja maior fortalecimento do cuidado culturalmente congruente e para que possa contribuir na prática e na formação de enfermeiros.

3 PROCESSOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Com o embasamento do Estado da Arte e a fim de conhecer o itinerário terapêutico de homens cujo filho recebeu diagnóstico de sífilis congênita, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, baseado no método da etnoenfermagem.

Segundo Leininger (2002) este método visa, essencialmente, documentar e interpretar a totalidade do que está sendo estudado em um contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas. Inclui a identificação, estudo, análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a conhecer o mundo interno e externo das pessoas, tratando os participantes da pesquisa como coautores dos conhecimentos produzidos, não apenas focando na ótica do pesquisador.

A etnoenfermagem tem sua valorização voltada para o estudo das crenças, valores e práticas do cuidado em Enfermagem, sendo percebidas por uma determinada cultura, através da experiência direta, crenças e sistema de valores. Como método científico, a etnoenfermagem tem seu objetivo focado em significados e experiências de vida (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada em um Hospital Universitário localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A escolha por este cenário se deu por ser unidade de referência para diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e por acreditar que investir em pesquisa em uma instituição universitária possibilita visibilidade

para a temática, assim como sensibilização dos diversos profissionais de saúde para envolvimento com a causa (EBSERH, 2019).

Além disso, o hospital tem assistência materno-infantil. O serviço de obstetrícia e em especial o setor de maternidade foi reaberto no final de setembro de 2018 após fechamento por 18 meses para reforma, conta com 20 leitos obstétricos, incluindo um de isolamento respiratório, e três centros de parto normal, denominado PPP (pré-parto, parto e pós-parto). A maternidade tem capacidade para atender 150 partos mensais e conta com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, pediatras e enfermeiros e enfermeiros obstetras capacitados para atendimento de urgência e emergência em obstetrícia (EBSERH, 2019).

No início de 2019, foi implementado no hospital o ambulatório para atendimento a criança diagnosticada com sífilis congênita, onde pudesse acompanhar não somente as crianças como também seus pais. Essas famílias são identificadas no alojamento conjunto da maternidade e cadastradas na agenda da equipe para segmento. As consultas são marcadas conforme o protocolo institucional que estabeleceu consultas mensais até 12º mês de vida.

No acompanhamento há testagem sorológicas das crianças e pais, bem como encaminhamento para serviços especializados, quando necessário e oferecimento de preservativos ao casal. Participam desse atendimento uma professora da universidade com formação em medicina pediátrica e uma enfermeira que realizam consultas com a família, bem como orientações gerais a respeito do desenvolvimento e crescimento da criança. Desde o início do ambulatório, foram atendidas 18 famílias, totalizando 19 crianças, 17 mães e nove pais. Assim, esse cenário também serviu como campo de coleta de dados uma vez que os homens estavam presentes acompanhando seus filhos.

De acordo com o boletim publicado em maio de 2018, pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) da instituição, foram investigados e confirmados no ano de 2016, 51 casos de sífilis em gestantes, sendo 75% destes notificados ativamente pelo NVH e os demais pela enfermeira do pré-natal. A prevalência no hospital foi de 62,3 casos de sífilis em gestantes / 1.000 Nascidos Vivos (51/747 nascidos vivos em 2016). Houve predomínio de casos diagnosticados no pré-parto em parte devido ao não cumprimento do protocolo de repetição do teste rápido de sífilis no pré-natal entre a 28ª e 30ª semana de gestação, quando o primeiro teste foi negativo (EBSERH, 2019)

Em relação à sífilis congênita, em 2016 a incidência na instituição foi de 52,2/1.000 NV (39 casos confirmados/747 nascidos vivos) a meta para eliminação é <0,5 casos/1.000 NV (EBSERH, 2019).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram desse estudo 13 pais que estavam na instituição, na condição de acompanhante ou visitante de mãe e do filho, cujos recém-nascidos tenham recebido o diagnóstico de sífilis congênita. Como critérios de inclusão foram considerados: o homem declarar-se pai da criança e ser maior de 18 anos.

Como critério de exclusão foram considerados os pais que não apresentassem condições emocionais para serem entrevistados. Contudo, todos os pais encontrados no local de estudo durante a realização da pesquisa atenderam aos critérios estabelecidos não havendo, portanto, participantes excluídos da pesquisa. Cabe ressaltar que todos os homens entrevistados referiam manter uma situação de conjugalidade com a mãe da criança, intitulado de namoro ou casamento, o que pode interferir nos resultados encontrados na pesquisa no que tange aos comportamentos e atitudes desempenhadas que serão descritas ao longo dos resultados.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para viabilizar a utilização da etnoenfermagem, é necessário que o pesquisador utilize os capacitadores (facilitadores) para que auxiliem na investigação e análise das principais tendências da Teoria e do domínio de inquirição (itinerário terapêutico de homens cujo filho de sua parceira tem o diagnóstico de sífilis congênita) (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Nesta investigação, foi utilizado o capacitador Modelo de *Sunrise* para a obtenção dos dados. De acordo com Leininger (2015) este capacitador é usado como o guia principal para explorar as influências múltiplas e compreensivas sobre o cuidado e a cultura. A autora fala que esse é um modelo com muita flexibilidade, podendo ser usado de forma criativa com o indivíduo, grupo e família.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 e março de 2020 e a técnica utilizada para a obtenção dos dados empíricos foi a realização de entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice B e C) contendo uma parte para identificação sociodemográfica e outra com as questões abertas dirigidas para os objetivos do estudo, além da observação em campo.

As entrevistas foram realizadas na própria maternidade ou no ambulatório de pediatria, em espaço privativo, sem a participação da companheira e/ou outro familiar, após identificar se os participantes se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente, com o propósito de captar a população alvo, foi realizada a análise dos prontuários e identificação da criança com diagnóstico de sífilis congênita. Após isso, ocorreu uma aproximação com o casal, onde foi explicado o objetivo do estudo durante conversa informal e por fim, o convite ao homem para participar da pesquisa. Foi apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respeitado todos os princípios éticos propostos pela Resolução Nº 466/12, referente a pesquisa com seres humanos. Nenhum homem se recusou a participar do estudo.

As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente 10 minutos e foram gravadas em MP3, mediante autorização prévia e, posteriormente, transcritas na íntegra. Ressalta-se que o material transcrito ficará sob a responsabilidade da pesquisadora principal pelo período de cinco anos.

O capacitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) foi utilizado com a finalidade de obter acesso aos homens no momento em que esses estão acompanhando suas parceiras e filhos, com o intuito de explorar o contexto e suas práticas que podem influenciar no desenvolvimento do itinerário terapêutico.

Segundo Leininger e McFarland (2015) este capacitador orienta o pesquisador a obter informações focalizadas nos informantes, que no caso são os homens, em seu ambiente natural e familiar. Assim, a pesquisadora responsável realiza a observação e participação e posteriormente complementa com a reflexão e confirmação dos dados coletados com os informantes.

Este capacitador teve uma maior aplicabilidade no ambulatório de pediatria, onde foi possível observar o homem enquanto aguardava a consulta e durante a realização da mesma. Através da observação busquei, enquanto pesquisadora, entender os fluxos dos atendimentos no ambulatório de pediatria que recebiam os pais acompanhantes e o comportamento deles junto às mulheres, os filhos e a equipe de saúde. O OPR também foi utilizado quando a abordagem para realizar a entrevista era no alojamento conjunto, contudo esta ocorreu com menos considerações, uma vez que o tempo de contato com as famílias antes da realização da entrevista era menor.

Nesse contexto, a utilização do capacitador observação durante a pesquisa pode oferecer contribuições altamente confiáveis ao cuidado culturalmente construído, podendo

atuar como um importante guia a fim de obter observações detalhadas e sistemáticas com os participantes do estudo (LEININGER E MCFARLAND, 2015).

A análise dos dados relacionada aos depoimentos foi fundamentada na etnoenfermagem, que segundo Leininger e McFarland (2015) é um método de pesquisa qualitativa em enfermagem, focalizado em descrever, documentar interpretar a visão dos informantes, nos significados, símbolos e experiências de vida que eles trazem nos atuais e potenciais fenômenos do cuidados em enfermagem.

O método etnoenfermagem foi designado de modo que o pesquisador pudesse descobrir tanto os macros, quanto os micros fenômenos dependendo do domínio da inquirição estabelecido pelo pesquisador dentro das tendências da Teoria do Cuidado Cultural (LEININGER & MCFARLAND, 2015). Sua análise está dividida em quatro fases.

Fase I - Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima: A pesquisadora coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo. As entrevistas depois de coletadas foram transcritas imediatamente.

Para o encerramento da coleta de dados, foi utilizado o critério de saturação das respostas (Apêndice D). Minayo (2017) aborda alguns aspectos em relação à amostragem e saturação na pesquisa qualitativa. A autora apresenta o conceito de saturação definido por Glaser e Strauss (1967), sendo referido como o momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. A autora ainda afirma que na pesquisa qualitativa, as amostras não devem ser pensadas necessariamente por quantidade, mas sua decisão precisa ser bem abrangente no que tange à seleção dos participantes e condições dessa seleção.

Assim, Minayo (2017), conclui que não existe um ponto de saturação definido previamente ao estudo, e que a abordagem de campo não deve ser dar de forma burocrática e estabelecida por números, mas de forma que sejam mais preocupadas com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão.

De acordo com Leininger, pode-se estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes, pois, o mais importante é a qualidade e o significado dos depoimentos e não a sua quantidade, para que se atinja as propostas e metas de uma pesquisa qualitativa (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Fase II- Identificação e Categorização de Narradores e Componentes: Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo.

Fase III - Padrão e Análise Contextual: Os dados foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados foram também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim a recodificação.

Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações: Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa da pesquisadora é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos preconizados na Resolução N°466/12 (BRASIL, 2012), referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Foi mantido o sigilo sobre a identidade dos participantes, respeitando os valores culturais, sociais, morais e éticos. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil obtendo parecer favorável em 07 de novembro de 2019, com número 3.692.072 (Anexo 1). A coleta só teve início após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa. Com o propósito de garantir o anonimato dos homens, foram adotados códigos de identificação utilizando-se a letra H seguida de numeração ordinal em ordem crescente (H01 a H13), conforme a realização das entrevistas.

Os participantes foram esclarecidos a respeito do motivo e finalidade do estudo e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). O TCLE é uma maneira do participante do estudo ter assegurada a sua autonomia, ou seja, permite que ele possa optar entre participar ou não de algum experimento, baseado nas informações dadas pelo pesquisador, assim o participante conhecerá os potenciais riscos e benefícios das pesquisa, e caso aceite participar do estudo, o faça da maneira mais consciente e autónoma possível (BETTINI-PEREIRA, 2015).

A pesquisa apresenta riscos no momento que pode invadir a privacidade dos entrevistados, com perguntas de cunho pessoal. No entanto, os participantes tiveram a possibilidade de se recusar a responder determinadas perguntas que julgarem incômodas. Quanto aos benefícios, estudo beneficia a sociedade e os serviços de saúde por mostrar o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, buscando conhecer a implicação do homem no contexto da sífilis congênita.

O estudo respeitou os princípios éticos da beneficência, agindo pelo bem dos indivíduos entrevistados, respeitando suas opiniões; a não-maleficência, não causando nenhum mal ou danos aos entrevistados, ou seja, preconizando o “não lesar” ou causar algum tipo de dano a alguém e o princípio da autonomia, consciente do direito que os entrevistados possuem sobre a vida deles, possibilitando condições de exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer tipo de coerção (BETTINI-PEREIRA, 2015).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados foram construídos cinco quadros, para facilitar a compreensão do leitor. O primeiro deles corresponde a um historiograma, para apresentar os homens participantes desse estudo, bem como o local onde eles foram encontrados e sua condição sorológica. Os demais quadros correspondem aos fatores das dimensões da estrutura cultural e social, estabelecidos através do Modelo de *Sunrise* e oriundos das entrevistas realizadas.

QUADRO 6 - HISTORIOGRAMA

Identificação	Historiograma
H01	Convidado a participar da entrevista no alojamento conjunto após o nascimento do segundo filho. Também foi encontrado em duas consultas no ambulatório de pediatria acompanhando a parceira e os dois filhos que se encontram em acompanhamento. Testou positivo para sífilis durante o pré-natal. Realizou tratamento.
H02	Convidado a participar da pesquisa no ambulatório de pediatria. Acompanhava a parceira e o filho. Encontrado em duas consultas no ambulatório de pediatria. Testou a primeira vez após o nascimento do filho. Resultado negativo para sífilis. Não

	realizou tratamento.
H03	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou para sífilis a primeira vez antes da gravidez e realizou tratamento na época. Testou positivo novamente durante o pré-natal. Realizou tratamento.
H04	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou a primeira vez durante o pré-natal, onde a parceira testou positivo. Seu resultado veio negativo para sífilis. Realizou tratamento.
H05	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou positivo para sífilis durante o pré-natal. Realizou tratamento.
H06	Convidado a participar da pesquisa no ambulatório de pediatria. Acompanhava a parceira e a filha. Encontrado em uma consulta. Testou negativo para sífilis após o nascimento da filha. Não realizou tratamento.
H07	Convidado a participar da pesquisa no ambulatório de pediatria. Acompanhava a parceira novamente gestante e o filho. Encontrado em uma consulta. Testou positivo para sífilis durante a primeira gestação. Realizou tratamento.
H08	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como visitante da parceira e do filho. Nunca realizou testagem para sífilis. Nunca realizou tratamento.
H09	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou positivo para sífilis no pré-natal. Realizou tratamento.
H10	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou negativo para sífilis na internação para o parto. Não realizou tratamento.
H11	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como visitante da parceira e do filho. Testou positivo para sífilis em um relacionamento anterior. Interrompeu o tratamento. Testou novamente durante o pré-natal. Realizou tratamento.
H12	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e do filho. Testou para sífilis a primeira vez durante o pré-natal. Sorologia negativa. Realizou tratamento.
H13	Convidado a participar da pesquisa no alojamento conjunto. Estava como acompanhante da parceira e

	do filho. Testou negativo para sífilis no pré-natal. Realizou tratamento.
--	---

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da apresentação do historiograma, foi possível perceber que esses homens estão presentes em diferentes formas. Alguns deles atuam de forma participativa, quando acompanham suas parceiras no alojamento conjunto e também no seguimento do ambulatório de pediatria, onde é possível observar o envolvimento que eles tem com os cuidados com a mulher e o filho, o exemplo disso é o H01. No entanto, observa-se que outros aparecem apenas na condição de visitante do binômio e ao que parece, pouco se envolve com os cuidados prestados, a exemplo de H08 e H11. Vale ressaltar que essas são impressões obtidas a partir do período de observação da entrevistadora no campo de coleta, bem como relatos obtidos por parte dos profissionais de saúde presentes.

Dos 13 homens que participaram desse estudo, apenas quatro foram encontrados no ambulatório de pediatria, como já ferido, nesse ambulatório ocorre o acompanhamento de seguimento das famílias. Observou-se um comprometimento e formação de vínculos entres os profissionais envolvidos e as famílias atendidas. Mendes (2020) chama atenção para a responsabilidade que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, tem na inserção do homem na assistência à saúde da esposa e do filho, devendo adotar estratégias coerentes para fazer com que o casal grávido seja participativo nas consultas, exames e palestras educativas.

Durante as consultas no ambulatório, as mães são orientadas sobre a importância de levar o parceiro, mas elas justificam a ausência deles devido ao trabalho, uma vez que eles representam a única fonte de renda da família. Nessa mesma perspectiva, Mendes (2020) discute a respeito do sistema capitalista que acaba tornando o homem um escravo desse sistema que preza simplesmente pelo lucro, independentemente das condições de saúde biopsicossociais. O autor sugere que isso gera um afastamento do elo familiar, pois, devido à forte carga de trabalho, o homem/pai ao chegar no seu lar, já está esgotado fisicamente, o que consequentemente afeta seu psicológico, prejudicando assim uma maior dedicação à sua família.

Outro ponto apresentando no historiograma, diz respeito à testagem, condição sorológica e tratamento dos homens, no entanto, esse será discutido posteriormente levando em consideração às categorias analíticas e as questões norteadoras desse estudo. A seguir,

darei continuidade à caracterização dos participantes, que foram separados segundo as dimensões da estrutura cultural e social, estabelecidos através do Modelo de *Sunrise*.

QUADRO 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Identificação	Idade	Profissão	Cor declarada	Situação de conjugalidade	Número de filhos
H01	39 anos	Entregador de Farmácia	Negro	Casado	02 filhos
H02	26 anos	Motoboy	Branco	Solteiro	02 filhos
H03	21 anos	Não trabalha	Pardo	Solteiro	01 filho
H04	20 anos	Estudante	Moreno	Solteiro	02 filhos
H05	27 anos	Padeiro	Negro	Casado	02 filhos
H06	36 anos	Técnico em informática	Pardo	Solteiro	01 filho
H07	24 anos	Autônomo	Moreno	Solteiro	03 filhos
H08	27 anos	Gesseiro	Negro	Solteiro	01 filho
H09	34 anos	Entregador	Negro	Solteiro	01 filho
H10	28 anos	Motorista	Pardo	Solteiro	01 filho
H11	30 anos	Vigilante	Negro	Solteiro	01 filho
H12	24 anos	Bar-man	Branco	Solteiro	01 filho
H13	36 anos	Cozinheiro	Branco	Casado	01 filho

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nas informações do quadro acima foi possível fazer uma caracterização desses participantes. Assim, identificou-se uma variação de idade que foi de 20 a 39 anos, com uma média de 28 anos.

Uma média de idade parecida com a encontrada por Guimarães (2018) ao estudar a parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita que foi de 29 anos. Nessa mesma linha, Silva (2016) ao apresentar os resultados de campanha realizada na busca ativa de casos de sífilis no Município de Belém (PA), identificou que os homens com testagem positiva para sífilis apresentavam entre 31 e 50 anos, observando assim um perfil em fase de vida reprodutiva e com consequente risco de contaminação, propagação da doença e transmissão vertical.

Em relação as profissões, foram referidas entregador/motoboy, padeiro, técnico em informática, autônomo, gesseiro, motorista, vigilante, bar-man, cozinheiro e ainda um homem que não trabalhava e outro que apenas estudava. Os pais entrevistados por Guimarães (2018) também apresentam semelhança de profissões, sendo elas entregador e vigilante. Assim, a

autora reflete sobre o baixo nível de instrução e a forma que isso repercute nas profissões exercidas pelos entrevistados.

No tocante à cor declarada, cinco homens se declararam negros, três brancos, três pardos e dois referiram ser morenos. Ao referir o estado civil, apenas três responderam ser casados e os demais informaram serem solteiros. A predominância de estado civil solteiro também foi encontrada em outros dois estudos sobre essa temática, Silva (2017), percebeu que dos 16 homens entrevistados, 10 se declararam solteiros e Pereira (2020), identificou que 66,7% dos seus entrevistados eram também solteiros.

O quadro sete apresenta a quantidade de filhos que cada participante tem. Sendo que a maioria (oito) tem apenas um filho e os demais tem dois ou três filhos. Chamo atenção para uma reflexão acerca dos homens que tem mais de um filho e testaram positivo para sífilis. Será que na gestação anterior houve alguma participação desse pai durante o período gravídico-puerperal? Será que ele foi acolhido pela instituição de saúde? Será que já existia a presença da sífilis ou é uma infecção recente? E as orientações de prevenção? Esses questionamentos não estavam presentes no instrumento de realização desse estudo, mas servem para refletir que às vezes os homens podem passar pelos serviços de saúde em outros momentos e por diversos motivos e precisam ser vistos e valorizados pelo bem dele, da saúde da mulher, da criança e por consequência da sociedade.

QUADRO 8 – FATORES TECNOLÓGICOS; FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

Identificação	Acesso à luz elétrica	Acesso à saneamento básico	Forma de transporte	Acesso à internet	Qual religião foi criada	Religião atual
H01	Sim	Sim	Público	Sim	Católico	Católico
H02	Sim	Sim	Próprio	Sim	Católico	Nenhuma
H03	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Não pratica
H04	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Nenhuma
H05	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Evangélico
H06	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Evangélico
H07	Sim	Sim	Próprio	Sim	Evangélico	Nenhuma
H08	Sim	Sim	Próprio	Sim	Nenhuma	Nenhuma
H09	Sim	Sim	Próprio	Sim	Católico	Nenhuma
H10	Sim	Sim	Público	Sim	Nenhuma	Nenhuma
H11	Sim	Sim	Próprio	Sim	Evangélico	Nenhuma
H12	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Evangélico
H13	Sim	Sim	Público	Sim	Evangélico	Nenhuma

Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre acesso à luz elétrica e saneamento básico, todos os participantes referiam ter acesso em sua residência, bem como todos referiram ter fácil acesso à internet. Como meio de transporte, cinco homens tinham meio de transporte próprio (carro ou moto) e os demais usavam transporte público.

Em relação à religião, dois responderam que não foram criados em nenhuma religião e permanecem assim. Quanto aos demais, oito homens foram criados como evangélicos e três como católicos. Atualmente, três responderam que continuam como evangélicos praticantes, um como católico e os outros não praticam nenhuma religião.

O fato de não praticar/ter religião de referência foi identificado por Pereira (2016) como um perfil de maior vulnerabilidade psicossocial para infecção para as ISTs, assim como ser homem e ter idade entre 18 e 41 anos. No entanto, o autor ressalta que não se pode garantir que a religião é um fator protetor para a prevenção das condutas sexuais de risco e assim sugere novos estudos que possam dar uma explicação causal entre religião e comportamento sexual de risco para às IST.

QUADRO 9 - FATORES DE COMPANHEIRISMO E SOCIAIS; VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA

Identificação	Nº de cômodos domicílio	Quem reside no domicílio	Utiliza preservativos nas relações sexuais?	Relação extraconjugal	Uso de drogas lícita ou ilícita	Tipo e frequência do uso
H01	4 cômodos	Ele + esposa + 02 filhos	“Sim. Tanto na região vaginal como anal”	Nega	Sim	Álcool e cocaína. 1 vez no mês.
H02	6 cômodos	Ele + namorada + 02 filhos	Não	Nega	Sim	Álcool. 3 vezes na semana.
H03	7 cômodos	Ele + mãe + namorada + filha	Sim	Nega	Sim	Álcool. 4 vezes no mês.
H04	4 cômodos	Ele + esposa + 02 filhos	“Antes da filha nascer não usava. Após o nascimento, sim”.	Nega	Sim	Maconha. 5 vezes na semana.
H05	4 cômodos	Ele + esposa + 02 filhos	Não	Nega	Não	-
H06	5	Sozinho	Não	Nega	Sim	Álcool. 1 vez

	cômodos					por semana.
H07	5 cômodos	Ele + esposa + 02 filhos	Não. Esposa refere alergia	Nega	Não	-
H08	6 cômodos	Ele + esposa + filha + enteada	Não	Nega	Sim	Maconha. Diariamente
H09	5 cômodos	Ele + esposa + filho + enteado	Não	Nega	Sim	Álcool. 2 a 3 vezes no mês.
H10	5 cômodos	Ele + mãe + pai + irmão	Não	Nega	Sim	Álcool. 4 vezes no mês.
H11	5 cômodos	Ele + mãe + irmão	Às vezes	Nega	Sim	Álcool e maconha. 1 a 2 vezes no mês.
H12	4 cômodos	Ele + esposa + filhos	Não	Nega	Sim	Álcool. 1 vez no mês.
H13	4 cômodos	Ele + esposa	Não	Nega	Não	-

Fonte: Dados da pesquisa

Com respeito a moradia, todos os homens moram em casas com mais de quatro cômodos. Onze homens moram na mesma casa que suas parceiras e dois em casas separadas. Quando questionados sobre o uso de preservativos, apenas um homem respondeu que usava, outro falou que usava às vezes e os demais não fazem uso. Os 13 entrevistados negam relações extraconjugais. Três participantes negaram o uso de drogas lícitas ou ilícitas. Os demais referem uso do álcool e/ou outras drogas.

Os dados dessa pesquisa corroboram com uma pesquisa realizada por Souza (2020) onde 83,3% dos indivíduos do sexo masculino referiram não usarem preservativo em suas práticas sexuais, apontando o modelo de dominação de gênero na prática sexual. Por outro lado, Fonte (2017) identificou uma adesão um pouco maior, onde 36,4% dos entrevistados referiam que utilizam preservativos às vezes e 2,3% deles nunca usam. Já quando se trata do sexo oral, o uso do preservativo tem uma aderência menor por esses participantes, 79,6% nunca utilizam e 14,5% utilizam às vezes.

Para Guimarães (2018), apesar de ser considerado um elemento de vulnerabilidade individual, o uso de drogas está potencializado pelo contexto de vulnerabilidade social, condições socioeconômicas e padrões culturais na qual a população está inserida.

Nessa perspectiva, Pereira (2016) constatou que os homens que fazem uso de substâncias psicoativas durante o sexo, tem uma maior vulnerabilidade para infecção às IST, sobretudo devido ao uso inconsistente do preservativo nessas relações sexuais. Dessa forma, a autora identifica que o uso de drogas pode ser identificado como um desafio maior para a abordagem e tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. Outro estudo mostra um resultado semelhante, onde os homens referiram não fazer uso do preservativo nas relações sexuais quando utilizam álcool associado às drogas (NOGUEIRA, 2018).

QUADRO 10- FATORES POLÍTICOS E LEGAIS; ECONÔMICOS E EDUCACIONAIS

Identificação	Fonte de Renda	Escolaridade	Motivo Interrupção dos Estudos
H01	Próprio trabalho	Ensino médio completo	-
H02	Próprio trabalho + trabalho da namorada	Ensino médio completo	-
H03	Trabalho da mãe	Ensino médio incompleto	Porque quis parar.
H04	Trabalho da mãe	Cursando técnico em informática + ensino médio	-
H05	Próprio trabalho	Ensino médio incompleto	Começou a trabalhar
H06	Próprio trabalho	Tecnólogo + Superior incompleto	Começou a trabalhar
H07	Próprio trabalho + trabalho da esposa	Ensino médio completo	-
H08	Próprio trabalho	Ensino médio incompleto	Começou a trabalhar
H09	Próprio trabalho + trabalho da esposa	Ensino médio incompleto	Começou a trabalhar
H10	Próprio trabalho + trabalho do pai e do irmão	Ensino médio incompleto	Não gostava, preferiu trabalhar
H11	Próprio trabalho + trabalho do irmão	Ensino médio incompleto	Não gostava
H12	Próprio trabalho	Superior completo	-
H13	Próprio trabalho	Ensino médio completo	-

Fonte: Dados da pesquisa

A fonte de renda de oito famílias, é oriunda do trabalho do homem, em dois casos além do homem entrevistado, também seu pai e o irmão contribuem com a renda da casa. No demais, três contam com a renda do trabalho da parceira e dois apenas da mãe como única renda familiar.

Apesar das mudanças nas relações de gênero na sociedade, que vem sendo discutida na literatura, no que tange à presença da mulher cada vez mais no mercado de trabalho e sendo responsável pelo sustento financeiro da família, observa-se nesse estudo que os homens ainda são, em sua maioria, os únicos responsáveis pela renda da casa, revelando assim o papel atribuído historicamente à eles de provedores do lar (BERNARDI, 2017; MATOS, 2019).

Os 13 entrevistados iniciaram o ensino médio, no entanto, seis deles interromperam os estudos para começar a trabalhar ou porque não gostavam de estudar. Um homem estava realizando curso técnico e ensino médio e apenas um iniciou o ensino superior, mas não deu continuidade uma vez que optou por trabalhar em sua formação como tecnólogo. Resultado semelhante foi encontrado por Pereira (2020), onde a maioria dos participantes contava apenas com o ensino fundamental (58,4 %), seguidos pelo ensino médio (33,4%), e apenas um participante fez curso superior.

4.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Na primeira etapa da análise dos dados foi realizada uma leitura flutuante do material, visando uma aproximação com o objeto de estudo e a identificação dos assuntos que apareceram nas falas dos entrevistados. Durante essa leitura as impressões da pesquisadora eram anotadas a lápis, nas laterais das falas. Após uma nova leitura foi dado um título para cada informação relevante, e observados os títulos equivalentes presentes nas demais entrevistas.

Por fim, após identificar e codificar os principais temas abordados pelos homens foi elaborada uma tabela com as unidades temáticas que surgiram, correlacionando com os participantes que apresentaram tal ideia e a recorrência do assunto. Dessa forma, na etapa de codificação foram criadas 36 unidades temáticas. Tais unidades foram identificadas com cores distintas, escolhidas de forma aleatória pela pesquisadora, visando a fácil identificação dos agrupamentos para a etapa da recodificação, que será descrita posteriormente.

QUADRO 11 – CODIFICAÇÃO: UNIDADES TEMÁTICAS E RECORRÊNCIA

Unidades temáticas	Recorrência
Conhecimento sobre a Sífilis	H01, H02, H03, H04, H06, H07, H08, H09, H10, H13
Não sei o que é Sífilis Congênita	H01, H02, H03, H04, H05, H07, H09, H10, H11, H13
Sei o que é Sífilis congênita	H12
Entendendo o tratamento	H01, H03, H04, H07, H12, H13
Cicatriz Sorológica	H01, H06, H07
Sífilis não tem cura	H06,
Múltiplas testagens	H01, H02, H11, H12, H13
Cuidando de si	H01, H11
Descobrimo a sífilis na gestação da parceira	H01, H02, H04, H05, H07, H13
Facilidades no tratamento	H01, H03, H04, H07, H09, H11, H13
Motivos do tratamento	H01, H03, H06, H07, H09, H13
O tratamento dói	H05, H07, H09, H13
Dificuldades no tratamento	H03, H11
Interrupção do tratamento	H01, H11
Dr Google	H02,
Vi na televisão	H05,
Testou negativo e fez tratamento	H04, H12, H13
Testou negativo e não fez tratamento	H02, H06, H10,
Nunca testei	H08
Formas de transmissão	H01, H02, H04, H07, H09, H10, H11, H12, H13
Contando sobre o diagnóstico/tratamento	H01, H02, H03,
Não contei sobre o diagnóstico/tratamento	H04, H05, H07, H09, H11, H13
Sintomas da sífilis	H03, H09, H11
Motivos do tratamento	H01, H03, H13
Falaram que eu não era obrigado a fazer o tratamento	H05
Testou antes da gestação da parceira	H01, H03, H11
Sífilis é muito ruim	H04, H09

Não sei nada sobre o tratamento	H04, H05, H06
Testou após o nascimento do filho	H06, H10,
Sentimentos de ter sífilis	H06,
Sentimentos em relação ao filho	H07, H08, H09, H10, H12
Medo de sequelas	H07,
Raiva da esposa	H08,
Nunca testei, mas não tenho sífilis	H08,
O médico do pré-natal mandou eu ir na consulta	H09, H13
Tive que ser forte	H10

Fonte: Dados da pesquisa

Em seguida, realizou-se a etapa de recodificação, onde houve o agrupamento dos assuntos que apresentavam uma afinidade temática. Assim, a etapa de recodificação configurou na elaboração de quatro agrupamentos como se observa a seguir:

Primeiro agrupamento: Conhecimento sobre a Sífilis, Não sei o que é Sífilis Congênita, Sei o que é Sífilis congênita, Cicatriz Sorológica, Sífilis não tem cura, Dr Google, Vi na televisão.

Segundo agrupamento: Múltiplas testagens, Descobrimo a sífilis na gestação da parceira, Nunca testei, Testou antes da gestação da parceira, Testou após o nascimento do filho.

Terceiro agrupamento: Entendendo o tratamento, Cuidando de si, Facilidades no tratamento, Motivos do tratamento, O tratamento dói, Dificuldades no tratamento, Interrupção do tratamento.

Quarto agrupamento: Contando sobre o diagnóstico/tratamento, Não contei sobre o diagnóstico/tratamento, Sífilis é muito ruim, Sentimentos de ter sífilis, Sentimentos em relação ao filho, Medo de sequelas, Raiva da esposa, Nunca testei, mas não tenho sífilis, Tive que ser forte.

Após o processo de recodificação dos dados foram construídas três categorias analíticas:

- 1) Conhecimento dos homens em relação à sífilis: primeiros passos na construção do Itinerário Terapêutico.

- 2) A peculiaridade no Itinerário Terapêutico de homens com sífilis: da testagem ao tratamento.
- 3) Concepções culturais e sentimentos vivenciados por homens acerca da Sífilis e Sífilis congênita.

Essas categorias serão discutidas na sequência.

4.2.1 PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: Conhecimento dos homens em relação à sífilis: primeiros passos na construção do Itinerário Terapêutico.

Nessa primeira categoria serão discutidos o conhecimento que os homens têm em relação à sífilis e de que forma essas informações foram adquiridas e construídas ao longo de suas vidas e como contribuiu na construção do seu itinerário terapêutico

O contexto social e cultural em que vivem os 13 homens participantes desta investigação é bastante diverso, eles moram em bairros distintos, tem diferentes formas de trabalho, hábitos de vida e lazer que diverge de um entrevistado para outro e assim seus comportamentos sofrem múltiplas influências do meio em que ele está inserido, seja através da rede de amigos, da família, da religião ou até mesmo do trabalho.

Nesse sentido, Leininger e McFarland (2015) descreve que os fatores culturais e sociais devem ser considerados como parte essencial na prestação dos cuidados em saúde, uma vez que permite uma assistência mais adequada, e ressalta ainda que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde deverão ser alinhados com vistas ao cuidado culturalmente congruente.

Leininger e McFarland (2002) descrevem dois tipos de sistemas de cuidado: o genérico, também chamado de *emic* e o profissional ou *etic*. O primeiro consiste nos conhecimentos apreendidos e transmitidos através da experiência direta daqueles que experimentam e percebem o determinado contexto. Sendo definido como:

Conhecimentos e habilidades tradicionais, populares, usados para proporcionar atos essenciais, apoiadores, capacitadores ou facilitadores para outro ou por outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição de vida/saúde humana (bem-estar), ou para lidar com situações de deficiência ou morte (LEININGER, 1991, pág 48).

Já o *etic*, refere-se ao cuidado profissional, desenvolvido pelos profissionais de saúde, ou seja, proveniente daqueles que não estão inseridos em uma determinada cultura. É o “cuidado profissional formalmente ensinado, apreendido e transmitido assim como o conhecimento de saúde, doença, bem-estar e as habilidades práticas que prevalecem em instituições profissionais” (LEININGER, 1991, pág 48).

Para compreender o itinerário terapêutico dos homens com sífilis é importante observar que a formação do conhecimento e a busca pelo cuidado não se limita aos percursos pelo sistema de saúde profissional, mas também outros possíveis recursos terapêuticos, como o *emic*, apresentando por Leininger e o subsistema popular descrito por Kleinman (1978), e assim observamos que H02, H05 e H06 buscaram o conhecimento com influência do senso comum, longe das recomendações profissionais e especializadas:

Ouvi falar (sobre sífilis) da maneira mais difícil, lendo na internet e a internet assusta a gente (H02).

Eu ouvi só uma reportagem que passou na televisão (H05).

Ouvi falar conversando, em roda de amigos, minha esposa falou também (H06).

Pode-se perceber que no subsistema popular é onde as primeiras reflexões ocorrem dando início ao processo terapêutico, uma vez que buscaram informações a respeito da sífilis e refletiram sobre a sua gravidade, agilizando e aderindo (ou não) ao processo terapêutico proposto posteriormente pelo subsistema profissional (KLEINMAN, 1980; ALVES, 2015).

As diferentes alternativas de tipos de cuidados (seja o profissional, folk ou popular) possuem vantagens e desvantagens e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e de seu grupo (GERHARDT, 2006). Compreender o ambiente e o contexto a que esses homens pertencem e estão inseridos nos ajudam a entender o itinerários percorrido, uma vez que ao olhar por uma perspectiva antropológica, entende-se que a cultura é o meio mais amplo e mais compreensivo para explicar e prever os modos de vidas das pessoas e pode ser vista como uma forma de orientar as ações e decisões de cuidado (LEININGER E MCFARLAND, 2015).

Apesar de ser uma doença antiga e que atinge muitas pessoas, a sífilis ainda é desconhecida por uma parcela da população o que torna sua divulgação necessária e atual. O baixo conhecimento em relação a essa patologia foi descrito em uma pesquisa que entrevistou 598 jovens matriculados em instituição de ensino superior. Nesse estudo, o autor identificou

que a sífilis é uma doença pouco conhecida ou mesmo desconhecida por um número considerável de pessoas do meio acadêmico (CARVALHO, 2019).

Ao comparar o conhecimento de homens e mulheres adolescentes sobre a sífilis, Carvalho (2019) percebeu uma diferença associada ao sexo, sendo que os homens tem menor conhecimento sobre esse assunto quando análogo às mulheres. Fato que pode influenciar também na construção do IT, conforme foi constatado por Merino (2007), ao concluir que homens e mulheres são condicionados a assumirem padrões comportamentais do cotidiano como algo natural para o sexo masculino e feminino e assim constroem itinerários diferentes.

Corroborando com Carvalho (2019), observou-se, que os homens entrevistados apresentam conhecimento superficial em relação à sífilis e alguns deles só ouviram falar da doença após a descoberta do diagnóstico, influenciando assim no itinerário terapêutico.

Só ouvi falar mesmo depois que eu descobri que tinha, mas antes disso não (H03).

É uma doença... eu só ouvi falar que é uma doença que afeta muita gente né? Pode prejudicar muito! (H04).

A gente ouve uma coisa aqui, outra ali, que não tem cura, mas saber dizer definitivamente, eu não vou saber explicar (H06)

É uma doença transmissível e principalmente na gestação pode ter muita complicação se não foi bem cuidado. Tem acho que em três fases, eu não to lembrado do nome, sei que são três fases (H07).

É uma doença né? Mas o motivo da doença eu não sei (H08).

O baixo nível de conhecimento e a falta de informação sobre a sífilis podem ser caracterizados como agravantes relacionados à saúde e que acaba agindo como fatores que favorecem o aumento do número de casos, devido a falta instrução sobre medidas preventivas (CAVALCANTE, 2017). Nessa mesma perspectiva, Nogueira (2018), aponta para a relevância de investir no conhecimento e na conscientização do uso do preservativo durante a prática sexual, objetivando reduzir a transmissão das IST.

Para isso, a atuação dos profissionais de saúde é fundamental no que tange ao papel educativo e no manejo do paciente no que se refere à adesão e continuidade do tratamento da sífilis (NEVES, 2019). Santos (2018) defende que a (o) enfermeira (o), tem a função de desempenhar ações de educação em saúde para a população pensando principalmente na busca da construção compartilhada de conhecimento além de constituir uma relação singular

com cada usuário, família e comunidade. Assim, a (o) enfermeira (o) assume um importante papel na construção do itinerário terapêutico das pessoas por estar a frente das atividades de educação e construção compartilhada do conhecimento, podendo orientar novas práticas de cuidado e prevenção.

Com isso, fica claro a necessidade de adotar e canalizar medidas de educação em saúde para a população no que se refere não só a sífilis, mas as IST de uma forma geral, pois observa-se que até mesmo as pessoas que tem um maior nível de escolaridade possuem déficits sobre esse assunto o que acabam por negligenciar práticas preventivas durante o sexo.

A preservação do cuidado cultural e/ou manutenção, que é descrito por Leininger como umas das formas de atuação da enfermagem, deve ser incentivado e desenvolvido com vistas a orientar homens e mulheres na prevenção e manutenção da sua saúde. A autora infere que essa forma de atuação inclui ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação para ajudar a clientela a preservar ou manter seu estado de saúde com medidas de educação no contexto da sífilis e também de outros agravos à saúde (LEININGER E MCFARLAND, 2015).

Contudo, apesar dos entrevistados da pesquisa demonstrarem pouco conhecimento em relação à sífilis, 10 homens souberam identificar pelo menos uma forma de transmissão:

Pelo sexo sem preservativo (H01).

Pega quando faz sexo sem camisinha, né? E quando a mãe tá grávida passa pra criança também (H10).

Sexualmente e oralmente também, se eu não me engano. Oral né? (H12).

Chamo atenção para o fato dos homens identificarem a sífilis como “uma doença que pode prejudicar muito” (H04) e que “pode trazer muitas complicações” (H07), terem conhecimento que é transmitida principalmente pelo sexo sem preservativo, e não fazerem uso de preservativo de forma regular ao longo de suas vidas como foi relatado por nove dos entrevistados.

Fonte (2017) aborda que as características socioculturais dos jovens influenciam e ainda dificultam a decisão pelo uso do preservativo, como a crença na invulnerabilidade; a imprevisibilidade de relações; nível de conhecimento sobre o uso do preservativo; dependência emocional e financeira; tempo de relacionamento; uso de álcool e outras drogas;

confiança estabelecida em relacionamentos afetivos; crença na diminuição do prazer; entre outras. O autor concluiu o uso do preservativo como um desafio para a prática sexual, pois tem associação aos contextos histórico-culturais em que os indivíduos estão envolvidos (FONTE, 2017).

Questões acerca dessa temática também foram identificadas quando observados estudos que questionaram homens e mulheres em relação ao uso do preservativo. Às mulheres entrevistadas por Souza (2020) responderam que dentre os motivos para não uso do preservativo estão a não aceitação pelo parceiro e a vergonha de pedir ao outro para usar, reforçando assim a ideia de masculinidade como uma submissão de gênero.

Por outro lado, ao se considerar especificamente situações de união estável, Nascimento (2017) identificou relatos onde os homens referiram que a introdução do preservativo na relação conjugal agrega discursos de desconfiança nas esposas levantando questionamentos sobre a existência de relacionamentos que excedem o casamento, atribuindo o uso de preservativos apenas para relações entre pessoas solteiras.

Nessa lógica, observou-se a reprodução das masculinidades e estereótipos de gênero e como isso influencia nos comportamentos e atitudes da população. A literatura fala de masculinidade numa condição em que o homem se vê tendo que evidenciar virilidade, força, honra e não adoecimento, e assim, faz com que ele abra mão do uso de preservativos e esteja mais susceptível para contrair uma IST mesmo sabendo que pode ser prejudicial a sua saúde (SOUSA, 2016).

A masculinidade por si só é dita como um conceito que se entende majoritariamente por atributos como: dominação, força, competição, controle, segurança, proteção e determinação fazendo com que os homens se sintam na obrigação de reforçar esses atributos constantemente (RODRIGUEZ, 2019). Para Connell (2013) as masculinidades são padrões socialmente construídos de práticas de gênero e são baseados, sobretudo em processos históricos com dimensões globais.

Com isso, cabe salientar que considerando os valores culturais e as reproduções de masculinidades, os profissionais de saúde devem adotar uma postura ética e não tecer julgamentos sobre determinados comportamento e atitudes, devendo, portanto realizar uma abordagem de prevenção e autocuidado que valorizem os aspectos socioculturais das práticas sexuais e a perspectiva de prevenção orientada, sobretudo pelas questões de gênero.

Ao longo das entrevistas foi possível perceber que os homens sabem que a sífilis pode ser transmitida na gestação, especialmente pelo fato de serem pais que estão acompanhando seus filhos com diagnóstico de sífilis congênita. No entanto, quando questionados a respeito do conceito de sífilis congênita apenas um pai referiu saber o que era, refletindo assim a necessidade das equipes de saúde apresentarem às famílias tais conceitos:

Sei, materna, no caso, que passa da mãe para o bebê (H12).

O Modelo de *Sunrise*, que norteia a etnoenfermagem, além de perceber a visão de mundo e a estrutura cultural e social, em seu II nível busca entender as informações para além dos indivíduos, mas com olhar para a família, os significados e expressões particulares relacionadas com o cuidado de saúde (LEININGER E MCFARLAND, 2015).

Posto isso, nota-se a relevância de compartilhar informações sobre os processos de saúde/doença que estão sendo vivenciadas por familiares, na busca por incentivar o homem para o seu autocuidado. A exemplificar: H12 sabe o significado da sífilis congênita e possivelmente os riscos que isso representa para a saúde do seu filho. Espera-se que essa informação auxilie na tomada de decisões e no seu itinerário terapêutico. Consequentemente, foi constatado que H12 realizou o tratamento para sífilis mesmo testando negativo, refletindo assim que as informações adquiridas sejam pelo subsistema popular ou profissionais repercutiram na decisão de realizar o tratamento.

A literatura fala sobre o “pai como acessório” que na maioria das vezes é tratado apenas como um apoio à mulher, no entanto é preciso que os profissionais de saúde insiram esses homens cada vez mais no cuidado à saúde, compartilhando todas as informações e conceitos necessários para o cuidado e manutenção da saúde do binômio (CORTEZ, 2016; RIBEIRO, 2017).

Nessa lógica, a presença do homem deve ser otimizada no momento que ele se encontra na unidade de saúde, e deve ser chamado também para o centro do cuidado, levando em consideração principalmente seus valores sociais e culturais de modo que esse homem possa adquirir informações confiáveis e fidedignas através do subsistema profissional contribuindo assim na construção de um itinerário terapêutico eficaz para a sífilis.

4.2.2 SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA: A peculiaridade no Itinerário Terapêutico de homens com sífilis: da testagem ao tratamento

Nessa categoria vamos conhecer os motivos que levaram os homens a realizar a testagem para sífilis e assim observar de que forma o itinerário terapêutico é construído, bem como suas principais motivações. Destaca-se ainda as facilidades e dificuldades enfrentadas no contexto da assistência à saúde no autocuidado em relação à sífilis.

Dos 13 homens que participaram desse estudo três referiam ter realizado testagem para sífilis antes da descoberta da gestação da parceira. Dois deles declararam que só procuraram o médico (subsistema profissional) por terem apresentado sinais visíveis no corpo como manchas na pele por exemplo e um relatou que fazia o exame por autocuidado

Eu já fazia esse exame por vontade própria, bem antes de me relacionar com minha esposa, já tinha feito o tratamento também, antes disso. Mas eu sempre fiz (H01).

Por que eu notei umas coisas estranhas, assim, tal, aí eu resolvi procurar um médico, aí fiz o exame. Começou a aparecer umas manchas estranhas no meu corpo, aí eu procurei o médico, isso foi antes dela (a parceira) engravidar (H03).

Já tem uns anos eu fiz porque tava com umas feridas na perna aí fui no médico e ele passou o exame (H11).

Essas falas reforçam a ideia apresentada por Santos (2016) de que os homens só procuram o serviço de saúde quando as doenças já estão instaladas, sendo que essa busca se limita a ação de cunho curativo. No quesito realização de exames, Barbosa (2018) ao questionar 485 homens adultos, evidenciou que 62,9 % não costumam fazer exames de forma regular.

Outros estudos observaram que os homens muitas vezes compreendem o cuidado com a saúde numa concepção apenas curativa e não valorizam a prevenção à saúde, a realização de exames de rotina, a busca pela atenção primária, deixando para procurar a assistência após a gravidade da situação/doença, dessa forma, a ida ao serviço de saúde só ocorre quando observam alguma forma de agravo que comprometa sua integridade biopsicossocial (SOUSA, 2016; RIBEIRO, 2017; NOGUEIRA 2018).

Sousa (2016) acredita que as necessidades de saúde dos homens e sua relação com o autocuidado são carregadas de construções fundamentadas em correntes hegemônicas das masculinidades. O autor reconhece que a construção social do que é ser masculino tem influência direta nos comportamentos adotados pelo homem, sendo mais susceptíveis a atitudes de risco e cada vez mais longe do cuidado.

Esse estudo de Sousa (2016) reforça mais uma vez o comportamento do homem relacionado a estereótipos de gênero e masculinidades discutidas na categoria anterior, e que serão novamente abordadas ao longo da pesquisa, uma vez que tem relevância e faz contribuições importantes no contexto estudado.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) apresenta aspectos de cunho social e cultural como obstáculo na relação dos homens com a saúde, nesse ponto a política destaca as questões de gênero e estereótipos hegemônicos de masculinidades.

No tocante a isso, Leininger & MacFarland (2015) chama atenção para a relevância de observar os modos de vida e os padrões de cuidado dos seres humanos, pois só conhecendo esses aspectos é que se torna possível intervir e ajudar na saúde de um determinado grupo. Dessa forma, compreender os motivos adotados pelos homens para a realização da testagem para sífilis é fundamental para pensar em estratégias de busca e abordar aspectos de prevenção.

Diante disso, observa-se a importância de pensar em práticas de educação em saúde em consonância às questões socioculturais com o objetivo de desconstruir estereótipos masculinidades para fortalecer a adoção de outros posicionamentos que possam repercutir para a importância da prevenção e promoção da saúde (BARROS, 2018). Além da necessidade de utilizar estratégias de busca e acolhimento com vistas a atender o público masculino.

Em outra perspectiva, é um pouco mais comum encontrar homens nos serviços de saúde quando acompanhados das parceiras gestantes ou até no mesmo no puerpério. Tal fato foi evidenciado no presente estudo, onde alguns os homens referiam, não ter procurado o serviço de saúde anteriormente para cuidar da própria saúde de forma preventiva

Fiz (o exame para sífilis) porque minha mulher teve e eu tive que fazer também, eu não sou muito de ir no médico, entendeu? (H04).

Com isso, quando esse homem está na condição de acompanhante deve ser valorizado pela equipe de saúde, pois pode ser um momento importante para ações de prevenção e cuidado da saúde.

A valorização do homem nas UBS já ocorre em algumas instituições e regiões do país onde são adotadas ações como Pré-Natal Masculino, Pré-Natal do Parceiro e as Unidades de Saúde Parceiras do Pai. Inicialmente a estratégia dessas ações é incluí-los como pais, sendo

solicitados basicamente exames sorológicos para identificação de patologias que possam interferir no binômio mãe-bebê e depois inseri-lo no sistema como um sujeito com direito a saúde de forma ampla (RIBEIRO, 2017).

Foi observado que a maioria dos participantes só realizaram a testagem sorológica para sífilis na ocasião da gestação da companheira ou mesmo após o nascimento do filho (a) como pode-se observar nas falas a seguir:

Foi depois que meu filho nasceu, deu que ele tinha e teve que fazer uma bateria de exames, aí eu fiz (H02).

Ela (parceira) descobriu na gravidez. Antes dela descobrir que tinha eu nunca tinha feito o exame. Fiz depois (H04).

Eu fiz junto com ela (parceira), no dia que ela ficou internada, só não lembro a data. O exame dela deu positivo, aí eu fiz também (H05).

Foi encontrado no sanguezinho dela (filha) [...]. Antes dela nascer eu nunca tinha feito o exame (H06).

Foi quando ela (esposa) tava gestante. Aí deu positivo, eu fiz também, deu positivo e a gente fez o tratamento junto (H07).

Eu fiz porque minha mulher tava grávida e a médica do posto mandou ela me levar pra consulta. Quando chegou lá tinha exame pra eu fazer. Eu fiz, não fazia ideia que tinha alguma doença, porque eu não estava sentindo nada (H09).

Fiz uma vez só, Quando minha mulher veio parir aqui na maternidade ela fez o exame, aí deu que ela tinha, como eu tava com ela, tive que fazer também, mas meu exame não deu nada não, só o dela mesmo (H10).

Sim. Duas ou três vezes. Porque eu descobri que minha mulher tinha, na gestação dela (H13).

O MS recomenda a realização de exames diagnósticos para sífilis na gestante durante o pré-natal e no parto e a parceira sexual também deve ser testada caso o exame da mulher seja positivo, bem como deve realizar o tratamento (BRASIL, 2015). A partir das falas dos entrevistados, foi possível perceber que essa testagem vem acontecendo, pelo menos para a maioria dos homens, de forma concordante com o preconizado pelo MS.

No entanto essa orientação nem sempre é colocada em prática, como observado na fala do entrevistado que refere nunca ter realizado o exame mesmo com a esposa e a filha testando positivo.

Nunca vi problema pra fazer. Minha mulher falou dessa parada aí (a sífilis), que ela tem e deu na criança também. Mas eu mesmo não tenho (H08).

Nessa fala podemos refletir acerca dos homens que nunca apresentaram sinais e sintomas para sífilis e por isso nunca viram problema para fazer a testagem, bem como para buscar pelos serviços de saúde em busca de cuidado. É pensando nesses homens que o convite e as estratégias de pré-natal masculino devem ser incentivadas, ao passo que os profissionais de saúde, objetivando uma assistência integral, necessitam acolher a família e não apenas a gestante. Durante a entrevista com H08 ficou identificado que esse participante estava pouco presente no acompanhamento a parceira. Ele não participou das consultas pré-natal e estava como visita no alojamento conjunto no momento da entrevista. Assim, observa-se a falta de orientação que esse homem teve por parte dos profissionais de saúde que atenderam sua parceira, pois, segundo ele, nunca houve esclarecimento sobre a necessidade da testagem para sífilis. Nesse caso, caberia uma abordagem durante o momento da visita? Seria interessante a realização da testagem e aconselhamento desse homem? Ao pensar nesses questionamentos acredita-se que a abordagem ao homem deve ser em qualquer circunstância, pensando, sobretudo na saúde familiar e gestações futuras. Assim, se não houve o acolhimento paterno durante o pré-natal, deve haver em qualquer momento que ele apareça nos serviços de saúde, seja no momento do parto, no puerpério ou até mais tarde nas consultas de puericultura.

A literatura mostra que muitos profissionais reconhecem a importância da presença masculina no acompanhamento à gestante, porém não é dada a devida atenção a esses sujeitos, como foi observado por Cortez (2016) que percebeu que os profissionais reproduzem uma ideia de cunho ambíguo a respeito da figura do homem-pai, caracterizando como uma figura importante, porém, ainda não é foco de atenção.

No entanto, quando se passa a considerar que os casos de sífilis congênita aumentam de forma gradual com o não acolhimento e tratamento do parceiro (BRASIL, 2015; LEMOS 2018), esse homem tem que ser acolhido pelo sistema de saúde com total atenção e prioridade, com vistas a evitar a transmissão vertical.

No tocante a isso, Nunes (2017) atribui grande importância a abordagem do parceiro sexual da gestante com sífilis no combate a transmissão vertical. Nesse estudo os autores evidenciaram que a captação e orientação das gestantes e parceiros por parte do (a) enfermeiro (a) tem contribuições decisivas para ações eficientes no combate a sífilis.

Ressalto que em nenhum momento a intenção é culpar o homem pela ocorrência da sífilis congênita, a atitude da prevenção depende principalmente da ação do casal. Essa prevenção depende também da atenção oferecida pelos profissionais de saúde que prestam assistência a essa família, sobretudo as enfermeiras que estão no atendimento direto às orientações de prevenção e promoção à saúde. Assim, observando os estudos descritos e as considerações do MS sobre a relevância dos homens no contexto da sífilis congênita, faz-se necessário colocar esse personagem também no centro do cuidado e das orientações, no que tange ao acolhimento, a realização de exames, a disponibilidade de tratamento, oportunizando portanto que o homem se torne um sujeito ativo do seu cuidado.

Em relação ao tratamento nove homens referiram ter realizado. Alguns sabiam descrever de forma mais precisa e os outros mencionaram sobre o benzetacil, injeção e vacina.

Esse tratamento eu tomei três semanas de penicilina (H01).

Foi de duas doses por semana. No caso, seis ao total. Acho que era 1.200 em cada nádega. Foi na clínica da família, aí agora no finalzinho que eu tomei as duas últimas doses aqui no hospital, que eles passaram pra mim (H03).

Eram duas vacinas de benzetacil durante três semanas, né? Com espaço entre elas. Tudo isso com ela ainda grávida. Aí eu fiz essas três semanas (H07).

Tomei duas injeções. Uma de cada lado, tudo no mesmo dia (H09).

A gente só tomou vacina mesmo. Três doses da vacina (H04).

Fiz lá na clínica da família, foi com injeção (H11).

Duas doses de benzetacil durante quatro semanas (H12).

De forma diferente ao encontrado nesse estudo, os homens entrevistados por Neves (2019), em sua maioria não sabiam informar como é realizado o tratamento da sífilis, somente um participante conhecia, ainda este, apresentou um conhecimento superficial sobre o tratamento, segundo a autora.

Muitas das vezes, as pessoas são submetidas a procedimentos e tratamentos sem a mínima explicação do processo. No caso da sífilis ou para qualquer outra doença, é necessário que o profissional explique ao paciente como funcionará o tratamento, a periodicidade, as particularidades do medicamento a ser usado, além de explicar a gravidade da patologia para que o paciente possa entender através da sua cultura a importância do tratamento diante da sua

individualidade. Oferecer informações é tão fundamental quanto oferecer testagem e tratamento, pois assim entende-se que se o sujeito tiver todas as informações ele vai entender melhor os fluxos e assim dar seguimento ao tratamento.

Ao descrever o meta-paradigma da enfermagem, Leninger fala sobre uma profissão e disciplina humanística a fim de capacitar os indivíduos ou grupos para manter ou recuperar seu bem estar (LEININGER E MCFARLAND, 2015). Nessa lógica é que Neves (2019) fala sobre a qualificação e percepção dos profissionais de saúde na abordagem à saúde do homem e caracteriza o conhecimento dos enfermeiros como fundamental no manejo da paciente no que se refere à adesão e continuidade do tratamento da sífilis.

A autora reforça que a atitude do profissional pode influenciar na adesão dos homens ao tratamento e controle da sífilis, fazendo com que se interessem com o desenvolvimento de ações preventivas e de hábitos de autocuidado (NEVES, 2019). Nesse sentido, é de fundamental importância a busca ativa e o acolhimento ao parceiro da gestante e o esclarecimento ao casal da necessidade do tratamento conjunto visto a possibilidade de redução considerável da incidência de sífilis congênita (MONTEIRO, 2019).

No tocante as motivações para realização do tratamento, a literatura apresenta as fundamentações dos homens sobre o tratamento da sífilis, sendo mais comum a busca da opinião de parceiras mulheres, em sua maioria gestantes, e de profissionais de saúde, obtendo assim indiretamente as informações (TEBET, 2019). Quando questionados sobre esse assunto, os homens referiram ter relação com a gestação e a saúde do filho, mas também foi encontrado um cuidado voltado para a própria saúde, como observa-se nas falas a seguir:

Porque eu estava doente (H01).

Por que era necessário por causa da gravidez dela e também eu não queria ficar contaminado com esse vírus (H03).

Fiz por mim, pela minha esposa e pelo meu filho (H07).

Na hora a médica que viu o resultado já mandou eu tomar a injeção. Eu tomei porque fiquei com medo por causa da criança e também por que eu tava doente, né? Tinha que tomar o remédio (H09).

É importante para cuidar da nossa saúde (H11).

Cabe ressaltar que apesar do preconizado pelo Ministério da Saúde, no que tange ao tratamento da parceria sexual da gestante, para alguns dos participantes dessa pesquisa o

tratamento foi facultado, configurando assim uma escolha pessoal sobre a realização ao não do tratamento. Logo, observou-se que mesmo com o resultado do exame negativo, alguns homens referiram a realização do tratamento e outros não.

Não. Não precisou porque não deu, deu negativo, aí não cheguei fazer tratamento nenhum não (H02).

Falaram que eu não era obrigado, mas aí eu falei que ia fazer (o tratamento) (H05).

Sim. Por segurança pra minha esposa, que no caso foi reagente, aí eu acabei fazendo o mesmo procedimento por segurança (H12).

Fiz sim, por causa dela (esposa) (H13).

Desse modo, os dados desse estudo mostraram que apesar de uma ideia de cuidado com a própria saúde, os motivos para a realização do tratamento estão principalmente relacionados à gestação e nascimento do filho.

Logo, indo de acordo ao descrito por Pereira (2020), onde a autora fala sobre a construção da consciência masculina sobre a necessidade do tratamento para manutenção de seu bem-estar e dos outros, e ainda assim a consciência sobre o controle da transmissão da doença na sociedade, fica evidente a importância de orientar e capacitar essa população sobre os cuidados em saúde uma vez que é possível observar repercussão importantes nas decisões para a construção do itinerário terapêutico.

Os participantes desse estudo realizaram o tratamento da sífilis quando acompanhavam suas parceiras no pré-natal ou quando eram convidados a ir até as consultas na própria instituição. Quando o pré-natal era feito na atenção primária, o tratamento ocorreu na unidade de saúde da família. Em alguns casos o tratamento se deu de forma tardia, após a descoberta do diagnóstico no momento do parto. Contudo, os homens dessa pesquisa referiram ter facilidades de acesso para a testagem e para o tratamento da sífilis.

É fácil. Basta querer (H01)

Só é um procedimento chato, mas não foi difícil não, chegava lá na clínica eles já arrumavam tudo logo, tinha as coisas lá. É chato porque tem que ficar tomando duas e voltando de novo e fazendo exame para saber o resultado, aí acaba sendo um pouco chato (H03).

Foi tudo fácil. Tive fácil acesso as coisas aqui (H04).

De forma diferente, Rocha (2019) em seu estudo no Nordeste brasileiro, percebeu que as mulheres e seus parceiros têm dificuldades no acesso aos testes sorológicos e em alguns casos eram direcionados para realizar o tratamento em outras unidades uma vez que os profissionais recusavam administrar penicilina centro de atenção primária, alegando haver risco de reações anafiláticas.

Contudo, a portaria número 3.161/2011 determina que a penicilina seja administrada em todas as unidades básicas de saúde pelos profissionais da assistência. O documento reforça que a aplicação do medicamento é segura desde que a equipe identifique precocemente os casos suspeitos de reação anafilática e em caso de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde. No tocante a isso, Penha (2020), observou que é baixa a ocorrência de reações adversas e anafiláticas em gestantes com VDRL positivo após o uso de penicilina benzatina, tendo comprovada a sua eficácia e segurança do uso, ainda que na rede básica de saúde.

Para mais, enfermeiras entrevistadas por Figueiredo (2015) identificaram as barreiras para o tratamento da sífilis que incluem a organização dos serviços de saúde como o encaminhamento dos parceiros com sífilis para o ambiente hospitalar, culminando em maior tempo para o atendimento e administração da medicação, além da perda de vínculo e da dificuldade de confirmação do tratamento realizado pelo parceiro com sífilis.

Os transtornos ocorridos no uso de um sistema terapêutico e os percalços para obter o tratamento são dois elementos centrais nos estudos sobre os itinerários, e estão intimamente ligados, pois as dificuldades para realizar um tratamento dependem, em boa medida, do sistema de cuidados à saúde no qual está inserido o ator (ALVES, 2015).

Sendo assim, pode-se inferir que a organização dos serviços de saúde interfere diretamente na construção dos itinerários terapêuticos uma vez que faz o indivíduo peregrinar para outros locais em busca de atendimento e tratamento adequado, fato que não foi encontrado nesse estudo devido a organização e fluxos seguidos pela instituição de coleta de dados.

Em relação às dificuldades do tratamento, o principal ponto citado pelos homens dessa pesquisa foi a dor durante a administração da penicilina, conforme as falas a seguir.

Foi ruim só a injeção. Eu não gosto de tomar injeção. Só isso. Dói muito (H05).

Fora a dor da vacina, que fica doendo uns dias, teve nada difícil não (H07).

Não é difícil, mas dói a injeção. Eu não tenho medo de agulha, nem de injeção, mas aquele remédio dói muito. Eu não quero mais tomar (H09).

Só a injeção que deixa a perna dura. Na primeira semana ela tinha tomado a benzetacil e parecia um robozinho andando, ei eu pensava assim: ai meu Deus, será que eu vou ficar andando assim também, pra trabalhar (H13).

Tal fato também foi evidenciado em outros estudos, que falam sobre reações de medo e dor por ocasião da via de administração intramuscular referida pelos participantes da pesquisa, sendo identificado como um problema na adesão ao tratamento da sífilis. (FIGUEIREDO, 2015; VASCONCELOS, 2016). Sendo assim, ressalta-se a importância de explicar detalhadamente sobre a administração da droga, bem como tranquilizar os pacientes sobre a dor e esclarecer dúvidas sobre o medo de uma possível reação medicamentosa adversa.

A penicilina tem como característica ser potencialmente dolorosa por se tratar de um pó cristalino, com a capacidade de solubilidade extremamente baixa e conseqüente liberação lenta a partir do local de administração. Vale ressaltar que existem medidas farmacológicas e não farmacológicas que auxiliam no alívio da administração da penicilina como uso do cloridrato de lidocaína em diferentes concentrações, a crioterapia antes da administração ou pressão manual que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde visando a redução dos desconfortos gerados e assim podendo aumentar a adesão ao tratamento (OLIVEIRA, 2019).

Além disso, um participante identificou como dificuldade o fato de ter que sair do trabalho para ir ao serviço de saúde:

O ruim é que tinha que ficar saindo do trabalho pra ir lá no posto e às vezes o patrão não quer deixar vocês sair cedo. Agora com ela grávida foi mais fácil porque eu não tô trabalhando pros outros, tô com um negócio meu, aí eu consigo ir nas consultas com ela. Então dessa vez foi fácil (H11).

Embora este fato tenha sido mencionado por um participante, durante a realização da pesquisa de campo, na etapa de observação, as mulheres que levaram seus filhos no ambulatório de pediatria referiam que os homens não estavam presentes por questões laborais que dificultavam a ida até as consultas do seguimento. Por outro lado, vale ressaltar que a maioria dos entrevistados tem emprego fixo, porém grande parte de forma informal, o que

pôde facilitar de certa forma o acompanhamento da parceira e a busca pelo cuidado, bem como a participação na presente pesquisa.

Assim, há estudos que corroboram com a fala de H11 e a informação dada pelas mulheres durante a observação em campo. Knauth (2012) aborda o fato de a maior parte dos homens estarem inseridos no mercado formal de trabalho, sendo apontado como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde. O receio em ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que ganhem atestado para tal, é um dos motivos que afasta os homens dos serviços, infere a autora.

Consonante a isso, Barros (2018), percebeu que o cuidado à saúde fica prejudicado pelo tempo destinado ao trabalho e rotina de atribuições, a que os homens são submetidos diariamente, dificultando assim a conciliação para garantir o cuidado à saúde.

Para mais, a PNAISH aborda alguns aspectos institucionais que tem interferências diretas na busca pelo cuidado e adesão ao tratamento, como a organização dos serviços para receber essa clientela, a coincidência de horários de trabalho, tempo na marcação de consultas/exames e espera no atendimento (BRASIL, 2009).

Nessa mesma lógica, Barros (2018) reforça esses obstáculos quando os participantes do seu estudo relataram dificuldade no acesso ao serviço de saúde em decorrência dos horários de funcionamento que são coincidentes com os horários de trabalho, e que faltar o trabalho para cuidar da saúde pode não ser bem aceito pelo empregador. No Nordeste também foram relatadas a demora no atendimento e a incompatibilidade de horários devido as atividades laborais como principais impeditivas da busca pelo cuidado (BARBOSA, 2018).

Uma reflexão acerca da licença paternidade se faz necessária e que se assegurado pelo empregador poderia facilitar a presença dos homens principalmente na internação pós-parto. No Brasil a licença-paternidade após o nascimento do bebê é, na maioria dos casos, de apenas cinco dias consecutivos para o regimento de CLT, sendo variável a quantidade de dias em determinados estados, para cargos públicos e para empresas incluídas no Programa Empresa Cidadã, criado pelo governo federal (Lei no 11.770, 2008) para incentivar a ampliação da licença (BRASIL, 2008).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a licença paternidade tem o objetivo de oportunizar ao pai um período para que ele possa cuidar do filho, sendo um

momento fundamental para orientar o papel dos homens, em relação às responsabilidades familiares e a prestação de cuidados. O direito à licença paterna é uma estratégia que busca a reflexão acerca dos padrões comportamentais de homens e mulheres com relação à distribuição do trabalho produtivo, e a revisão do reconhecimento do homem como sujeito de direito com relação ao exercício da paternidade (OIT, 2009).

No entanto, a discrepância que existe entre os dias concedidos às mulheres (120 dias) e aos homens acaba por comprometer que os homens assumam uma paternidade mais responsável e participativa, podendo reforçar a ideia que o cuidado com os filhos é uma habilidade feminina (BERNARDI, 2017).

Durante o período de coleta de dados não houve dificuldades para encontrar mulheres e crianças com diagnóstico de sífilis no alojamento conjunto da instituição. Contudo, observou-se que o número de homens presentes no alojamento conjunto é muito menor quando comparado aos binômios acometidos pela sífilis. Nesse caso, a licença paternidade estaria em vigor e esse homem poderia estar acompanhando o binômio nos dois primeiros dias de internação, fato que foi difícil encontrar, pois comumente as mulheres estavam acompanhadas por outras mulheres do ciclo familiar. Assim, destaco que a ausência dos homens pode estar relacionada a outro fator que não seja apenas o trabalho, mas a questões como os aspectos socioculturais já mencionados.

Por fim, é necessário que os profissionais de saúde e docentes entendam as dificuldades referidas por esses homens, para que possam ser pensadas e elaboradas estratégias de enfrentamento dessas adversidades, em busca do teste e tratamento adequado de homens e mulheres com sífilis em tempo hábil. No mais, cabe também essas responsabilidades à nível de gestão, observando sobretudo a organização das instituições de saúde e os fluxos estabelecidos visto que podem interferir na busca pelo cuidado e na adesão terapêutica.

4.2.3 TERCEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: Concepções culturais e sentimentos vivenciados por homens acerca da Sífilis e Sífilis congênita.

Nessa categoria será discutido os sentimentos encontrados nas falas dos homens acerca da sífilis e sífilis congênita e de que forma as concepções culturais são responsáveis por emoções e comportamentos de quem vive ou convive com a doença.

Ao receber a notícia que será pai o homem passa a vivenciar inúmeros sentimentos que perpassam por dúvidas, incertezas e ansiedade que afetam muitas vezes a figura paterna, além disso, a literatura fala que a maioria dos pais não participa de forma ativa da gestação nos primeiros dias de vida de seu filho, pois o homem se afasta tentando compreender o momento (MENDES, 2020).

Esse cenário pode ser ainda intensificado quando a notícia do novo filho vem acompanhada por algum agravo à saúde. Monteiro (2015) fala que o nascimento de um filho que requer cuidados especiais pode desencadear comportamentos, sentimentos e atitudes masculinas que precisam ser observados e valorizados pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência.

Nessa perspectiva, conhecer sentimentos paternos pode oferecer subsídios para intervenções que lhes favoreçam no processo de internação e cuidado do filho, levando em consideração suas necessidades, bem como a importância do papel paterno para o estabelecimento do vínculo familiar e para a evolução clínica do recém-nascido (FERMINO, 2020).

Nas falas dos participantes foram encontradas expressões de preocupação e medo sobre a saúde filho, evidenciando que os homens entendem a sífilis como algo ruim que pode trazer repercussões negativas na vida do recém-nascido.

Eu me senti chateado pela situação [...]. Mas é lógico que nenhum pai gosta de saber que seu filho tem um vírus, uma doença desse tipo (H06).

Preocupação. Podia ter dado alguma sequela pra ele, alguma coisa. Mas graças a Deus tá tudo bem (H07).

Fiquei preocupado com o menino (H08).

Eu fiquei preocupado, principalmente porque a médica falou que pode passar pra criança. Aí bateu um medo, eu não sei falar direito [...] a gente não quer nada de ruim pra nossos filhos né? Ainda mais uma doença que a gente que passou. Isso me deixou nervoso (H09).

Eu fiquei preocupado. Fui procurar saber do pessoal aqui do hospital o que era dava na criança. Aí ela começou a tomar remédio na veia, aquilo ali é muito ruim, ficar vendo nosso filho sofrer, chorando o dia todo. Mas ela tava sendo bem cuidada pelas médicas, pelas enfermeiras, aí eu fui ficando mais calmo (H10).

Eu fiquei surpreso. Um pouco chateado (H12).

Estudo descritos na sequência mostram sentimentos e emoções semelhantes ao estudar homens cujos filhos apresentam algum comprometimento na saúde. Tais emoções são repletas de angústias e preocupações concordantes com os achados dessa pesquisa. Fermino (2020) ao descrever os sentimentos paternos acerca da hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal identificou que a maioria dos pais relatou o sentimento de angustia, que se relaciona aos sentimentos de preocupação e aflição no momento da hospitalização de filho.

De forma semelhante, durante a pesquisa realizada por Monteiro (2015), ficou evidente que os pais vivenciam emoções negativas, como a impotência, a tristeza, a solidão e a dor, sendo suas atitudes tímidas e pouco reveladas e suas falas muito reservadas.

Assim, levando em consideração as emoções vivenciadas pelos homens nesse cenário e como isso pode influenciar no relacionamento com a mulher e o filho, é de fundamental importância que todo homem tenha espaço e acolhimento para expressar suas inquietações e angústias e, ainda, compartilhá-las. Neste sentido, é importante que o pai seja percebido não só como fonte de apoio à mãe, mas que se leve também em consideração suas próprias necessidades, angústias, dificuldades perante a paternidade e à relação com o filho (SILVA, 2017).

Portanto, os profissionais de saúde são imprescindíveis no que tange ao acolhimento do homem, na tentativa de para minimizar os sentimentos negativos vivenciados por eles e ajudá-lo a viver a experiência do nascimento do filho, ter atitudes de escuta ativa para desmistificar medos e receios (SOARES, 2015).

Nessa perspectiva, Monteiro (2015) reforça a ideia de que a equipe multidisciplinar deve adotar uma abordagem compreensiva e uma atitude de empatia. A autora defende que o relacionamento humano seja valorizado e utilizado como instrumento facilitador para o exercício da paternidade, despertando e sensibilizando os pais para compreensão acerca das condições saúde do recém-nascido.

Outro achado relevante é a presença culpabilização da mulher na ocorrência da sífilis congênita. Tal observação foi identificada na fala de um entrevistado que além de culpar a parceira refere sentimentos negativos em relação a ela devido a contaminação da criança.

Fiquei com raiva dela (esposa), ta entendendo? Ela passando as coisas pra criança (H08).

Nessa mesma lógica, no estudo de Brito (2018) as mulheres já se julgam culpadas pela ocorrência da sífilis. Nesse estudo, a autora descreve que ao se deparar com a notícia que seu filho tem sífilis e ficará internado para tratamento, o sentimento de culpa permeia toda a experiência por ter ciência de que ela transmitiu a infecção, o que lhe traz sentimento de culpa, além da incerteza se não foi ela quem transmitiu a infecção ao seu companheiro.

A fala de H08 e o sentimento de culpa encontrado por Brito (2018) fazem parte da configuração de gênero que existe e que, algumas vezes de forma implícita, garante uma posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres, induzindo o pensamento ao conceito descrito por Raewyn Connell de masculinidade hegemônica (CONNELL, 2013).

Para Connell, as masculinidades são padrões socialmente construídos de práticas de gênero e esses padrões são criados por intermédio de um processo histórico com dimensões globais. Assim, a masculinidade é refletida de diversas formas e é materializada cotidianamente (CONNELL, 2013).

O autor descreve o conceito de masculinidade hegemônica como sendo baseado na prática que permite a continuidade da dominação coletiva dos homens sobre as mulheres, esse conceito em alguns contextos reflete o engajamento dos homens a práticas tóxicas que estabilizam a dominação de gênero em um contexto particular. Entende-se, portanto, que culpar exclusivamente a mulher pela ocorrência da sífilis congênita configura-se uma prática tóxica, por compreender que a sífilis é uma doença de transmissão vertical e sexual que pode ter sido originada tanto do homem como da mulher, cabendo essa responsabilidade ao casal e não apenas ao sexo feminino.

Ainda nesse contexto, outro ponto de atenção é a ideia de força masculina apresentada por H10:

Tive quer ser forte pra cuidar delas também (H10)

Tal achado é semelhante ao encontrado por Femino (2020), onde os pais entrevistados relatam que, por serem homens, é necessário ser mais forte do que a mulher para a apoiar. Além disso, mencionam que não podem demonstrar fraquezas, devendo ser o pilar e o provedor da família.

Nesse sentido, observa-se uma necessidade de afirmação da masculinidade de forma permanente, mesmo se tratando de situações de dor e acometimento da saúde, a sociedade

espera que o homem seja forte e não demonstre suas emoções porque seria sinal de fraqueza que somente é permitido às mulheres (RANGEL, 2017).

Por outro lado, observa-se que as definições de masculinidades estão em constantes mudanças por serem cotidiana e socialmente construídas, de caráter flexível, múltiplo, plural, que acompanham as transformações históricas, culturais, institucionais no curso da vida e são entrelaçadas por relações de poder (SOUSA, 2016).

Em relação ao compartilhamento do diagnóstico de sífilis com outras pessoas, todos os participantes afirmaram ter contado apenas com a esposa e apenas um deles conversou com a mãe. Nenhum homem comentou com amigos ou outros familiares sobre a descoberta do diagnóstico de sífilis.

Não contei. Mora só eu e ela. Não tem porque eu falar pra mais ninguém! (H05).

Não, só minha esposa que sabia e a médica do posto. Não sei porque não contei. Essas coisas não se conta pra todo mundo (H09).

Contei não. Da primeira vez eu até ia contar pra menina que eu tava namorando, porque eu vi que pega pelo sexo né? Mas depois achei melhor não falar nada não, porque não sabia direito como era. Dessa vez minha namorada tava junto comigo aí ela já ficou sabendo (H11).

Não falar sobre a descoberta da sífilis pode ser justificado pelo imaginário social repleto de preconceitos e estigmas bem como a ideia de não adoecimento do homem. Tal fato foi identificado por Brito (2018) onde as puérperas entrevistadas referem omitir o diagnóstico de sífilis aos familiares e amigos, apresentando respostas genéricas, por sentir constrangida em ter uma doença sexualmente transmissível e temendo sofrer preconceitos.

Da mesma forma, Silva (2003) identificou que as mulheres entrevistadas apresentavam grande preocupação em justificar à comunidade a permanência hospitalar prologada e assim percebeu justificativas como “engoliu água de parto e precisa tomar antibiótico” (p.93) eram utilizadas e viraram crenças entre as mulheres para justificar a internação hospitalar dos filhos.

Contudo, essa estigmatização da sífilis ocorre desde os primeiros relatos da doença. Na Europa, os primeiros relatos de sífilis estavam associados ao contato sexual promíscuo de

marinheiros e militares com prostitutas, associando a doença aos desejos carnavais e ao pecado (GRIEBELER, 2009).

No Brasil, as justificativas para o crescimento dos primeiros casos de sífilis estariam fortemente atribuídas a concepções preconceituosas e sem fundamentos tais como:

influências climáticas do país, emanadas do calor tropical, seria favorável à excitação sexual; A miscigenação racial, onde a raça africana revelaria uma maior propensão à excessiva prática sexual, por condição natural, originária de países quentes da África e o próprio ato sexual que, de modo excessivo, acometia a doença e sustentaria uma forte representação de estigma social, que condenava as vítimas ao pecado da luxúria e da libertinagem, estampadas nas lesões cutâneas e discriminatórias da sífilis (GRIEBELER, 2009, p. 27).

Nos dias de hoje, principalmente depois da descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a evolução da medicina, a sífilis perdeu um pouco do estigma que carregava (GRIEBELER, 2009). No entanto, ainda é possível evidenciar na fala dos participantes a vergonha e omissão em compartilhar o diagnóstico, bem como buscar ajuda, sobretudo no homem que tem a necessidade de expressar força e não adoecimento reforçando os estereótipos de gênero e masculinidade (SOUSA, 2016; BOTTON, 2017; RANGEL, 2017).

Fica evidente a necessidade de respeitar a pessoa acometida pela sífilis, efetuando o cuidado longe dos preconceitos e estigmas sociais. Leininger & MacFarland (2015) na descrição da TDUCC afirma que respeitar os seres humanos em todas as perspectivas, seja ela espiritual, cultural, holística e isentando de julgamentos é essencial para o cuidado humano e o cuidar.

Assim, faz-se necessário conhecer as concepções culturais e sentimentos vivenciados por homens acerca da sífilis para entender que determinadas emoções podem ter influências nos itinerários percorridos, na comunicação de parceiros sexuais, para adesão ou não a terapêutica proposta pelo cuidado profissional ou *etic*. É fundamental, sobretudo aos profissionais de saúde que cuidam diretamente de mulheres, homens e crianças uma atenção adequada, respeitando, sobretudo as referências e valores culturais e excluindo julgamentos e preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa permitiu traçar o itinerário terapêutico dos homens pais de recém-nascido com sífilis congênita, identificando os conhecimentos têm acerca da sífilis e da sífilis congênita e de que forma foram adquiridos, entendendo que são oriundos de diferentes processos que envolvem principalmente os fatores culturais. Foi respondido o pressuposto desta investigação: o processo de construção do itinerário terapêutico é um fenômeno culturalmente construído, que sofre influências do contexto político, social e familiar, bem como das crenças, valores e modos de vida que envolve o contexto da sífilis.

Os homens que participaram dessa pesquisa são pais de recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita e mantém relacionamento com as mães dessas crianças. Tal fato pode ter influenciado em determinados comportamentos e atitudes em relação ao binômio. Com isso, foi observado que esses pais mantem relações afetivas com as mulheres e crianças e tentam estar presentes durante a estadia na maternidade ou após nas consultas de seguimento. Além disso, esses homens expressam sentimentos que remetem preocupação e cuidado tanto pelas crianças como pelas mulheres.

A maioria dos participantes desse estudo faz parte do mercado de trabalho informal e isso pode ter contribuído para a sua presença durante a realização da pesquisa, bem como para a adesão ao tratamento e as idas aos serviços de saúde. Consideramos que a ausência dos homens de uma forma generalizada foi evidenciada quando observado a quantidade de mulheres acometidas pela sífilis internadas no alojamento conjunto da instituição durante o período de coleta dos dados, sem a presença do pai da criança. Acredita-se que essa observação pode estar relacionada, entre outros aspectos, a inserção no mercado formal de trabalho que dificulta a ida aos serviços de saúde, sobretudo devido ao horário de funcionamento. Isso pode justificar a dificuldade de encontrar um maior número de participantes, uma vez que as entrevistas ocorriam em dias úteis e horário comercial.

Por outro lado, ao se considerar a licença paternidade de cinco dias após a data do nascimento, a ausência do homem no alojamento conjunto pode estar relacionada aos comportamentos culturais baseados na condição de gênero onde as mulheres preferem ser acompanhada por outras mulheres que vão auxiliar no processo do puerpério mediato. Assim, sugere-se novos estudos que abordem os motivos para escolha do acompanhante na maternidade observando, sobretudo os aspectos culturais e as relações de gênero.

A presença dos estereótipos de gênero e reproduções de masculinidades são extremamente relevantes e permeiam as falas e os comportamentos dos homens entrevistados nesse estudo. Quanto a abordagem a respeito dos comportamentos anteriores à gestação, identificamos que esses homens agem reproduzindo determinados comportamentos como o distanciamento dos serviços de saúde que ficou evidenciado quando observamos que apenas dois homens haviam testado para sífilis em um momento anterior à gestação da parceira. Além disso, o tratamento da sífilis não foi realizado por todos os homens cujas parceiras gestantes testaram positivo, contrapondo ao proposto pelo Ministério da Saúde que defende o tratamento para todas as parcerias sexuais, independente da condição sorológica.

Compete aos profissionais de saúde a atualização conforme o estabelecido pelos manuais técnico do Ministério da Saúde, bem como o acolhimento de todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde, entendendo que ele pode não retornar em outro momento e que essa ida tem que ser valorizada e repleta de orientações. Além do mais, alguns homens têm mais de um filho, o que sugere que esse diagnóstico e acolhimento poderia ter acontecido em outro momento (se já houvesse a ocorrência da sífilis).

A gestação representa, muitas das vezes, o único momento que os homens vão aos serviços de saúde, principalmente por se tratar da saúde do filho que está a caminho e da parceira da gestante. Assim, os homens entrevistados atribuíram que os principais motivos que os levaram a realizar o teste e o tratamento da sífilis estavam relacionados à gestação e ao nascimento do filho. Por isso, deve-se reforçar o convite aos homens desde a primeira consulta pré-natal, oportunizando a descoberta e o tratamento precoce da sífilis visando um menor acometimento do feto.

Com isso, estratégias do pré-natal masculino ou do parceiro devem ser implementadas e/ou repaginadas pensando, sobretudo na dificuldade que essas pessoas têm de ir ao serviço de saúde seja por conta de barreiras laborais e horários de funcionamento ou se seja devido a questões culturais e de gênero ainda expressas na sociedade.

Neste estudo os homens têm pouco conhecimento em relação à sífilis e que as primeiras informações foram advindas do conhecimento popular e, portanto, sofreram influência cultural. Esse conhecimento é que vai ser responsável pelas primeiras reflexões acerca da sífilis, atuando de forma decisiva na construção do processo terapêutico proposto pelos profissionais e serviços de saúde. Assim, conhecer e valorizar a cultura da população

pode ser um fator determinante da condição de saúde, bem como investir no conhecimento e na conscientização de práticas sexuais seguras.

Conclui-se que a organização dos serviços de saúde interfere diretamente na construção dos itinerários terapêuticos ao perceber que em algumas localidades a população têm dificuldades no acesso aos testes sorológicos ou são constantemente encaminhados para outras instituições, desfazendo assim o vínculo com um único serviço. No entanto, os resultados dessa pesquisa mostram um resultado diferente pois trata-se de um serviço onde, em muitos casos, o pré-natal e parto acontecem na mesma instituição e assim permite um maior vínculo com o serviço e a adesão ao tratamento e segmento preconizado.

Em relação às dificuldades no tratamento da sífilis, esse estudo identificou a dor gerada pela aplicação da penicilina como maior obstáculo encontrado, fato que se assemelha a outros relatos na literatura. A dificuldade em ir ao serviço de saúde por causa do trabalho também apareceu nas falas, ainda que em menor escala, mas foi confirmado através dos relatos das mulheres na etapa de observação de campo.

Os sentimentos e as emoções expressas por esses homens demonstram principalmente expressões de preocupação e medo sobre a saúde filho, evidenciando que os homens entendem a sífilis como algo negativo que pode trazer repercussões na vida do recém-nascido. Para mais, percebeu-se também falas que refletem a culpa que o homem atribui a mulher pela ocorrência da sífilis congênita, revelando a configuração de gênero que existe e reflete esse modelo de masculinidade hegemônica.

Defendo que não se deve culpar especificamente nenhum dos sexos quanto a ocorrência da sífilis congênita, mas é necessário entender que é uma doença de transmissão sexual que pode ser evitada se a população tiver acesso à informação, à testagem/tratamento adequado e aderir as práticas sexuais seguras.

O preconceito que socialmente é atribuído a sífilis se fez presente de forma indireta nas falas dos entrevistados quando informaram manter sigilo do diagnóstico positivo, compartilhando apenas com a parceira gestante. Nessa perspectiva, é fundamental o respeito a todos os seres humanos, em todos os aspectos, excluindo, sobretudo preconceitos e estigmas sociais em prol de um cuidado cultural congruente.

Como limitações do estudo, destaca-se o pequeno número de participantes, que não nos permite generalizar esses achados para outras localidades e outros sujeitos. Dessa forma, sugere-se a realização de novas pesquisas com esta temática, a fim de que seja possível refletir acerca de novas estratégias para um maior envolvimento do homem no ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, acredita-se que a aplicabilidade da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural na presente investigação foi fundamental para auxiliar a compreensão do cuidado cultural e o itinerário terapêutico construído por homens na temática da sífilis, uma vez que só é possível intervir e ajudar na saúde de um determinado grupo conhecendo os comportamentos e padrões de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Rev Ciên Sociais**, v.42, n. 28, 2015.
- ALVES, Paulo César B.; SOUSA, Iara Maria. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- ANDRADE, Joseilze Santos; SILVA, Flávia Janólio Costa Pinto da; MATTOS, Maria Cláudia Tavares de; RIBEIRO, Caíque Jordan Nunes; NASCIMENTO, Flávio dos Santos; OLIVEIRA, Maria Ilda Alves de. A utilização de um jogo educativo no processo ensino-aprendizagem da teoria de Madeleine Leininger: relato de experiência. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, 7(5):1463-8, maio., 2013.
- ARAÚJO, Eliete da Cunha; MONTE, Paula Carolina Brabo; HABER, Aranda Nazaré Costa de Almeida. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 33-39, mar. 2018 .
- ARRUDA, Sérgio L. Saboya; LIMA, Manuela Caroline Ferreira. O novo lugar do pai como cuidados da criança. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Londrina, v. 4, n. 2, p. 201216, dez. 2013.
- BARBOSA, Debora Regina Marques. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis Gestacional. **Rev Enferm UFPE** [online]. Recife, 11(5):1867-74, 2017.
- BARROS, Camylla Tenório; GONTIJO, Daniela Tavares; LYRA, Jorge; LIMA, Luciane Soares de; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saúde Soc. São Paulo**, v.27, n.2, p.423-434, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018166057
- BATISTA, Amanda Trajano; SALDANHA, Ana Alayde Werba; FURTADO, Francisca Marina Freire. Auto Conceito Masculino e Auto Cuidado em Saúde. **Psicologia, saúde & doenças**, 2017, 18(3), 859-869 ISSN - 2182-8407. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180318>
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. psicopedag.** [online]. 2011, vol.28, n.85, pp. 67-75. ISSN 0103-8486.
- BERNARDI, Denise. Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 26, n.1, 59-80, 2017.
- BETIOLLI, Susanne Elero; NEU, Dâmarys Kohlbeck de Melo; MÉIER, Marineli Joaquim; WALL, Marilene Loewen; LENARDT, Maria Helena. Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. **Cogitare Enferm.** 2013 Out/Dez; 18(4):775-81

BETTINI-PEREIRA, Rita; NUNES, Rui; BLASCOVI-ASSIS, Silvana. **Princípios de Autonomia e Beneficência presentes em Pesquisas Realizadas com Cuidadores de Pessoas com Deficiências**. Millenium, 49 (jun/dez). Pp. 173-194. 2015.

BRITO, Ana Paula Almeida; KIMURA; AméliaF. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **Rev Paul Enferm** [Internet]. 2018;29(1-2-3):68-76.

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa; MARTINS, Marialda; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; FEYER, Iara Simoni Silveira; RUMOR, Pamela Camila Fernandes. Conceitos da teoria do cuidado cultural em dissertações de mestrado. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 182-189, out./dez.2010.

BOOTH, A.; CARROLL, C. Systematic searching for theory to inform systematic reviews: is it feasible? Is it desirable? **Health Info LibrJ.**, v. 32, n. 3, p. 220-235, 2015. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hir.12108>

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 25 (1) 67-72, Jan.-Jun., 2017.

BRASIL. Lei no 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. 2008.

BRASIL. Portaria nº 3.161. Administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 27 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília. Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico-Sífilis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Volume 49, n. 45, Out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BROCH, Daiane; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; RIQUINHO, Deise Lisboa. Reflexões acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(12):5079-84, dec., 2017.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna. **Itinerários terapêuticos: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: 2011

CAMARGO, Fátima Cristina Mattara; LIMA, Raquel Faria da Silva; SANTOS, Alessandra Mello dos; SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992– 2011). **J. res.: fundam. care.** online 2014. out./dez. 6(4):1743-1755.

CAMPELO, Cleber Lopes; SOUSA, Santana de Maria Alves de; SILVA, Líscia Divana Carvalho; DIAS, Rosilda Silva; AZEVEDO, Patrícia Ribeiro; NUNES, Flávia Danyelle Oliveira; PAIVA, Sirliane de Souza. Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(9):2500-6, set., 2018.

CARVALHO, Rodolfo Xavier da Costa. **Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes universitários sobre Sífilis.** Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019

CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO José G. Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2017 jun; 26(2):255-264.

CONNEL, Robert W; MESSERSCHMIDT, James W. **Masculinidade hegemônica: repensando o conceito repensando o conceito.** Estudos Feministas, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013.

CORTEZ, Mirian Beccheri; MACHADO, Nathália Meneghel; TRINDADE, Zeidi Araujo; SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Profissionais de saúde e o (não)atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicologia em Estudo**, vol. 21, núm. 1, 2016, pp. 53-63.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Núcleo de Vigilância Hospitalar. Boletim ano 03 N° 01 – Maio 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huggunirio>. Acesso em: 16 de jul 2019.

FACIO, Beatriz Castanheira. et al. (Des)acolhimento nas interações com os profissionais: experiências de pais de crianças com retinopatia da prematuridade. **Rev Esc Enferm USP.** 2016;50(6):913-921.

FEITOSA, José Antonio da Silva; ROCHA, Carlos Henrique Roriz da; COSTA, Fernanda

Salustiano. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. **Rev Med Saude Brasilia** 2016; 5(2): 286-97

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; FERREIRA, Sílvia Lúcia; COELHO, Edmeia de Almeida Cardoso; SILVA, Leila Rangel da; PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018;39:e2016-0004.

FERMINO, Vitória; MATTOS, Karina; EMÍDIO, Suellen Cristina Dias; MENDES-CASTILLO, Ana Márcia Chiaradia; CARMONA, Elenice Valentim. Sentimentos paternos acerca da hospitalização do filho em unidade de internação neonatal. **REME – Rev Min Enferm.** 2020[citado em 01 nov 2020];24:e-1280. DOI: 10.5935/1415-2762.20200009

FERREIRA, Taíse Neves. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres –MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** vol.05, nº. 02, ano 2014 p.337-45.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BATISTA, Joana D’arc Lyra; COURA, Alexsandro Silva; OLIVEIRA, Cibely Freire de; ARAÚJO, Andressa Kaline Ferreira; SOUSA, Francisco Stélio de. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene.** 2015 maio-jun; 16(3):374-81. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000300010.

FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes ; PINHEIRO, Carina D’ Onofrio Prince; BARCELOS, Nathália de Souza; COSTA, Cristiane Maria Amorim; FRANCISCO, Marcio Tadeu Ribeiro; SPINDOLA, Thelma. Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. **Enfermería Global** Núm, 46. Abril 2017.

GANDOLFI, Mariza; SIEGA, Cheila Karei; ROSTIROLLA, Letícia Maria; KLEBA, Maria Elisabeth; COLLISELLI, Liane. Sistematização da assistência de enfermagem: da teoria ao cuidado integral. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 4):3694-703, set., 2016.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a realidade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.lega, 2009.

GOMES, Romeu. A Dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea digital.** N 14. 237-243. 2008-Carpeta. ISSN: 1578-8946

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. et al. Experiência da Paternidade aos Três Meses do Bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** 2013, 26 (3), 599-608.

GUIMARÃES Marcelle Sampaio F; SANTOS Inês Maria M.; SILVA, Laura J.; CHRISTOFFEL, MM; SILVA, Leila R. Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto Contexto Enferm,** 2018; 27(4):e1190017.

INSTITUTO PROMUNDO. **A Situação da Paternidade no Brasil 2019:** Tempo de Agir. Rio de Janeiro, Brasil: Promundo, 2019.

KALININ, Yuri; NETO, André Passarelli ; PASSARELLI, Dulce Helena Cabelho. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto;** 23(45-46): 65-76/2016.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-152

KLEINMAN, Arthur. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.** Soc Sci Med, v. 12, p. 85 - 93, 1978.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2012.

KOOS, E. The Health of Regionville: what the people thought and did about it. New York: Columbia University Press, 1954.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra; JÚNIOR, Hercílio Martelli; SILVEIRA, Marise Fagundes; PARANAÍBAI, Lívia Máris Ribeiro. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol.** jan-mar 2016; 19(1): 63-74. DOI: 10.1590/1980-5497201600010006

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M. R. **The theory of culture and the etnonursing research method.** In M. Leininger & McFarland (eds). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices. 3rd ed.pp.71-116. New York: McGraw-Hill, 2002.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory.** 2ª Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.,2006.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory.** 3ª ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.,2015.

LEITE, Iveathiery. et al. Assistência de Enfermagem na Sífilis na Gravidez: Uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e da Saúde.** Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, Novembro, 2016.

LE MOS, Amanda Camilo Silva. Incidência de sífilis congênita no estado da Bahia: estudo descritivo, de 2007 a 2013. **C&D-Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v.11, n.1, p. 135-143, jan/abr. 2018.

LEVANDOWSKI, Daniela C. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. **Estudos de Psicologia**, 6(2), 195-209. 2001.

LIMA, Marina Guimarães. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):499-506, 2013.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARTINEZ; H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MATOS, Mariana Gouvêa; MAGALHÃES, Andrea Seixas. Ser pai na contemporaneidade: demandas contraditórias. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 28, n.1, 151-173, 2019.

MECHANIC, D.; VOLKART, E.H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, 26:86-94,1961.

MENDES, Rogério Cruz; SIQUEIRA, Hálmisson D'Árley Santos; SILVA, Wenderson Costa da; MIRANDA, Layse Siqueira Costa; MOTA, Laila da Silva; SILVA, Lisianne Natália Santos; SILVA, Chrisllayne Oliveira da. Percepção do homem sobre a paternidade no período da gestação ao puerpério. **Research, Society and Development**, v. 9, n.1, e138911815, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1815>.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 651-8.

MICHEL, Tatiane; SEIMA, Marcia Daniele; LACERDA, Maria Ribeiro; BERNARDINO, Elizabeth; LENARDT, Maria Helena. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare Enferm** 2010 Jan/Mar; 15(1):131-7.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MONTEIRO, Fernanda Pereira; RIOS, Marília Inês Magalhães; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. A participação paterna em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 23(3):145-151, set./dez., 2015.

MONTEIRO, Renata de Souza; CÔRTEZ, Paula Pitta R. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. **Revista Pró-UniverSUS**. 2019 Jul/Dez.; 10 (2): 13-17

MOREIRA, Ana Paula Assunção; NUNES, Isa Maria; ALMEIDA, Mariza Silva; SANTOS, Ane Caroline da Cruz. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, 2015; 2(1):3-8.

MOREIRA, Michelle Araújo; CARVALHO, Camila Nunes. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 7, núm. 3, 2016, pp. 121132 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

MOURA, Erly Catarina; PEREIRA, Geórgia Martins Carvalho; GOMES, Romeu. Diagnóstico sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade: Relatório da meta 2. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2015.

NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme; CAVALCANTI, Marília Abrantes Fernandes; ALCHIERI, João Carlos. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de salud pública**. Volume 19 (1), fev. 2017.

NAZARETH, Isis Vanessa. **O Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis**: bases para o cuidado de Enfermagem. [Tese de doutorado]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

NAZARETH, Isis Vanessa; SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SILVA, Leila Rangel da; MOARES, Suellen da Rocha Lage; SILVA, Ítalo Rodolfo. Riscos gestacionais e o nascimento prematuro: enfrentamento para a maternagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(4):1030-9, abr., 2019.

NEVES, Keila do Carmo; MENDES, Aline da Silva; SANTOS, Verônica Gonçalves; FASSARELA, Bruna P. Azevedo; RIBEIRO, Wanderson Alves; SILVA, Julyana Gall;

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Notas da OIT sobre Trabalho e família. 2009. Disponível em: <https://www.ilo.org.br>. Acesso em 10 de out 2020.

LACERDA, Andrea Stella Barbosa; O conhecimento do homem sobre a sífilis: Impacto nas ações preventivas e adesão ao tratamento. **Rev. Saúde Coletiva.** 2019; (09) N.50.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa; SARAIVA, Andressa Kécia Menezes; RIBEIRO, Maryane da Silva; FREITAS, Nayane Maciel de Freitas; FILHO, César Ruy Callou; MESQUITA, Caroline Antero Machado. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 31(1): 1-8, jan./mar., 2018.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa; SARAIVA, Andressa Kécia Menezes; RIBEIRO, Maryane da Silva; FREITAS, Nayane Maciel de; FILHO, César Ruy Callou; MESQUITA, Caroline Antero Machado. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 31(1): 1-8, jan./mar., 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6224

OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues; ROCHA, Silvana Santiago da. O Cuidado Cultural dos Pais na Promoção do Desenvolvimento Infantil. **J. res.: fundam. care.** online 2019. 11(n. esp): 397-403. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i2.397-403.

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque; et al. Cuidado seguro na administração de Penicilina G Benzatina em crianças com febre reumática: relato de experiência. **Rev Soc Bras Enferm Ped.** v.19, n.2, p 111-21/2019.

PADILA, Miguel Angel Ramos. La paternidad y el mundo de los afectos. **Revista FEM**, 25(219), 01-08. 2001.

PENHA, Jaiza Sousa; RABELO, Poliana Pereira Costa; LOPES, Geysa Santos Góis; SOUSA, Sara Maria Ferreira de; SÁ, Raires Castro de; PALMEIRA, Cindy Rebouças; ROLIM, Isaura Letícia Tavares Palmeira. Reações adversas e anafiláticas após o uso de penicilina benzatina em gestantes com sífilis: revisão integrativa. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 57, n. 2, p. 83-94, abr./jun. 2020.

PEREIRA, Renata Martins da Silva; SELVATI, Flávia de Souza; TEIXEIRA, Lohany Gomes Ferreira; LOUREIRO, Lucrécia Helena; CASTRO, Rosane Belo Carvalho de. Sífilis em homens: representação social sobre a infecção. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 463-476. /feb. 2020. ISSN 2595-6825. DOI:10.34119/bjhrv3n1-035

PEREIRA, Thalita Galeno; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; NEGREIROS, Fauston; NETO, Raimundo Nonato de Sousa Barros. Análise do comportamento sexual de risco à infecção pelo hiv em adultos da população em geral. **Psico** (Porto Alegre), 2016; 47(4), 249-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23703>

RANGEL, Etuany Martins Rangel; MORAES, Luciana Pereira de; CASTRO, Bianca Gomes da Silva Muylaert Monteiro de. “Porque eu sou é home!”: uma análise dos impactos da construção social da masculinidade no cuidado com a saúde. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**. Aracaju. V.6 /N.2/p. 243 – 252. Out. 2017

RAMALHO NETO, José Melquiades et al . Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 174-181, Feb. 2016.

RESENDE, Tatiana Carneiro de. et al. Participação Paterna no Período da Amamentação: Importância e Contribuição. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 30, n. 3, p. 925-932, May/June, 2014.

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [1]: 41-60, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000100003>.

ROCHA, Ana Fátima Braga; ARAÚJO, Maria Alix Leite; MIRANDA, Angélica Espinosa; PONCE DE LEON, Rodolfo Gómez; JÚNIOR, Geraldo Bezerra da Silva; VASCONCELOS, Lea Dias P. Gomes. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. **BMC Health Services Research** (2019) 19:65

ROCHA, Girzia Sammya Tajr; FILHO, Augusto Cezar Antunes de Araujo; NUNES, Benevina Maria Vilar Teixeira; ROCHA, Silvana Santiago da. Prática educativa do enfermeiro na consulta de enfermagem à criança na perspectiva de Madeleine Leininger. **Rev Enferm UFPI**. 2015 Apr-Jun;4(2):124-9.

ROCHA, Larissa. et al. Sentimentos Paternos Relacionados à Hospitalização do Filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enferm. UFSM**. 2012 Mai/Ago;2(2):264-274.

RODRIGUEZ, Shay de los Santos. Um breve ensaio sobre a masculinidade hegemônica. **Revista Diversidade e Educação**, v.7 , n.2 , p.276-291 , Jul/Dez 2019.

SANTOS, Andréa Aparecida dos ; PAULA, Fabiola Maine R.;RESENDE, Marcio Antonio; SOUZA, Gilberto de; CARMO, Iná Clair do. O papel do enfermeiro como educador na atenção primária á saúde: uma revisão bibliográfica. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2018. Vol. Sup. 11, S1319-S1324.

SANTOS, Bruna Pegorer et al . Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 2, p. 566-570, abr. 2019.

SANTOS, Claudia Simone Silveira dos. **Relação paterna, suporte familiar e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico de malformação fetal**. 2016. Tese (Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, Erison Santana dos; SÁ, Jamile de Oliveira; LAMARCK, Raquel. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. **Arch Health Invest** 8(8):413-416- 2019.

SEIMA, Márcia Daniele; MICHEL, Tatiane; MÉIER, Marineli Joaquim; WALL Marilene Loewen; LENARDT, Maria Helena. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 out-dez; 15 (4):851-857.

SILVA, Eunice Costa, et al. Resultados de sorologia para casos de sífilis. **Rev Pan-Amaz Saude** 2016; 7(1):39-43

SILVA, Jorge Luiz Lima; MACHADO, Emanoele Amaral; COSTA, Felipe dos Santos; SOUSA, Jéssica de Lyra; TAVEIRA, Rodrigo Pereira; CAROLINDO, Fabiano Mizael; DINIZ, Márcia Isabel Gentil. Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença: contribuições para a assistência de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2013. jan./mar. 5(1):3185-95.

SILVA, Leila Rangel da; ELLES, Maria Emanuele Izidro de Souza; SILVA, Maíra Domingues Bernardes; SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SOUZA, Kleyde Ventura de; CARVALHO, Sheini Manhães de. Fatores sociais que influenciam a amamentação de recém-nascidos prematuros: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 11, apr. 2012.

SILVA, Leila Rangel. **Cuidado de Enfermagem na dimensão cultural e social-História de vida de mães com sífilis** [Tese de Doutorado]. 2003. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, Milena da Rosa. et al. Os conceitos de envolvimento e experiência nos estudos sobre paternidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 69, núm. 3, 2017, pp. 116-132.

SIQUEIRA, Danielle d'Ávila. et al. Sentimentos e conhecimentos de puérperas em face da sífilis congênita neonatal. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(3): 56-61, jul-set, 2017.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa; JESUS, Viviane Silva de; SANTOS, Lorena Fernanda Nascimento; MUNIZ, Juliana Pedra de Oliveira; SANTOS, Elane Nayara Batista dos; CAMARGO, Climene Laura de. Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; 26:e2149, DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.21492>

SOARES, Larissa Gramazio; ZARPELLON, BRUNA; SOARES, Leticia Gramazio; BARATIERY, Tatiane; LENTSCCK, Maicon Henrique; MAZZA, Verônica de Azevedo. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (4): 791-799 out. / dez., 2017.

SOARES, Raquel Leite de Souza Ferreira. et al. Os significados de cuidar do filho pré-termo na visão paterna. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 25, núm. 4, 2016, pp. 1-9.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; RODRIGUES, Elisa da Conceição; MACHADO, Maria Estela Diniz; CUNHA, Adriana Loureiro da. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Esc. Anna Nery** 2015;19(3):409-416.

SOUSA, Anderson Reis de; QUEIROZ, Aline Macêdo; FLORÊNCIO, Raíssa Millena Silva; PORTELA, Pollyana Pereira; FERNANDES, Josicélia Dumêt; PEREIRA, Álvaro. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016.

SOUZA, Carmen Lúcia Carvalho; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. **Paidéia**, 19(42), 97-106. 2009.

SOUZA, Flávia Moreno Alves de; MUÑOZ, Ivette Kafure; VISENTIN, Izabela Calegario. Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **Humanidades & Tecnologia em Revista (FINOM)** - ISSN: 1809-1628. Ano XIV, vol. 20- Jan/jul. 2020

STILLWELL SB.; FINEOUT-OVERHOLT E; MELNYK BM; WILLIAMSON, KM. Searching for the Evidence: Strategiesto help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing (AJN)**, jan.2010, v. 110, n.1. p. 51-53. DOI: 10.1097 / 01.NAJ.0000372071.24134.7e

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Revisão integrativa da literatura passo-a-passo e convergências com outros métodos de revisão. **Revista de Enfermagem UFPI**, v.2, n. 2, 2013.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. et al. Sífilis na gestação: Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza**, 29(Supl): 85-92, dez., 2016.

VICTOR, Janaína Fonseca. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(1):113-9.

ZANI, Adriana Valongo; SOUZA, Giovana Garbelini de; PARADA, Cristina Garcia de. Nacimiento y hospitalización del hijo prematuro: sentimientos y emociones paternas. **Revista Uruguaya de Enfermería**. Montevideo, Novembro 2016, Vol 11, N° 2. ISSN Online: 23010371.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. **Journal of Social Issues**, 8:16-30,1952.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: “Por trás da sífilis congênita: itinerário terapêutico de homens sob a ótica da teoria transcultural”. **OBJETIVOS DO ESTUDO:** Traçar o Itinerário Terapêutico de homens dos quais o filho de sua parceira recebeu diagnóstico de Sífilis Congênita; Identificar o conhecimento dos homens em relação às formas de transmissão e tratamento da sífilis e sífilis congênita e Discutir o itinerário terapêutico dos homens dos quais o filho de sua parceira recebeu diagnóstico de Sífilis Congênita à luz do cuidado cultural. **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para uma dissertação de mestrado. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida em nenhum aspecto. Se o senhor permitir, a entrevista será gravada em fita de áudio, podendo ser modificada se for o seu desejo. O material coletado através do questionário será guardado por cinco anos, e ao final ficará a disposição da instituição. O conteúdo das informações será utilizado apenas para fins científicos, assegurado o anonimato dos sujeitos da pesquisa e da instituição nos resultados e na apresentação do relatório final. **RISCOS:** O senhor pode achar que determinadas perguntas incomodam, pois as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, o senhor pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. **BENEFÍCIOS:** O estudo beneficia a sociedade e os serviços de saúde por mostrar o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, buscando conhecer a implicação do homem no contexto da Sífilis Congênita. **CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Federal Graffrée e Guinle que possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências – Mestrado, sendo a aluna Ana Paula Assunção Moreira a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Leila Rangel da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Rio de Janeiro, ____ de ____ de _____.

APÊNDICE B
FORMULÁRIO DE PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.	Hora:	Número:
Ano de nascimento:	Estado civil:	
Profissão:		
Cor declarada:		
FATORES TECNOLÓGICOS		
1- Possui luz elétrica na residência?		
2- Possui rede de esgoto na residência?		
3- Utiliza qual forma de transporte?		
4- Tem fácil acesso à internet?		
FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS		
1- Em qual religião foi criado?		
2- Qual pratica agora?		
3- Qual a frequência?		
FATORES DE COMPANHEIRISMO E SOCIAIS		
1- Você vive com alguém? Se sim, há quanto tempo?		
2- Como chama essa relação?		
3- Utiliza algum preservativo nas relações sexuais?		
4- Tem relações com outras pessoas? Se sim, utiliza preservativo?		
5- Quem mora na sua casa?		
6- Quantos cômodos tem sua casa?		
VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA		
1- Usa algum tipo de droga lícita ou ilícita?		
2- Se sim, qual tipo e qual a frequência?		
3- Já teve alguma doença transmitida através da relação sexual (exceto sífilis)?		

Se sim, qual?

FATORES ECONÔMICOS

- 1- Qual sua fonte de renda?
- 2- Quem e quantas pessoas contribuem com a renda da casa?

FATORES EDUCACIONAIS

- 1- Você estudou? Se sim, até que série?
- 2- Se interrompeu o estudo em algum momento, qual o motivo?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1- O que o senhor sabe sobre a Sífilis?

(sabe o que é? Como ouviu falar?)

CASO RESPOSTA “SIM”
- Sabe como é transmitida?
- Já ouviu falar como é feito o tratamento?

2- O senhor sabe o que é Sífilis Congênita?

CASO RESPOSTA “SIM”
- Sabe como é transmitida?
- Já ouviu falar como é feito o tratamento?

3- O senhor já fez exame para Sífilis alguma vez?

CASO RESPOSTA “SIM”	CASO RESPOSTA “NÃO”
-	
- Quantas vezes já fez o exame? - Qual o motivo de ter realizado esse exame? - Deu positivo em algum momento?	- Por que nunca realizou o exame? - Conhece alguém que próximo que fez o exame? Se sim, quem foi e qual o motivo de ter realizado? O senhor já ouviu falar ou conhece alguma simpatia para cura/cuidado da sífilis? O que você sentiu ao descobrir que seu filho estava com sífilis congênita?
CASO RESPOSTA “SIM”	CASO RESPOSTA “NÃO”
- O que o senhor sentiu ao descobrir que seu exame deu positivo? - O senhor contou para alguém que seu exame deu positivo? Por quê?	- <u>Mesmo sendo negativo</u> , o senhor realizou tratamento para sífilis em algum momento? - Se sim, por quê? - Se sim, onde foi? - Como foi o tratamento?

		-O que o senhor teve fácil acesso ao tratamento?
- Realizou tratamento?		- Considera algo difícil no tratamento?
		- O senhor conhece alguém próximo que o exame deu positivo? Se sim, quem?
		- O senhor já ouviu falar ou conhece alguma simpatia para cura/cuidado da sífilis?
“SIM”	“NÃO”	- O que você sentiu ao descobrir que seu filho estava com sífilis congênita?
- Por que o senhor realizou o tratamento?	- Por que o senhor não realizou o tratamento?	
- Onde foi seu tratamento?	- O senhor conhece alguém próximo que o exame deu positivo?	
- Como foi o tratamento?	Se sim, quem?	
- O que o senhor teve fácil acesso ao tratamento?	O senhor já ouviu falar ou conhece alguma simpatia para cura/cuidado da sífilis?	
- Considera algo difícil no tratamento?	O que você sentiu ao descobrir que seu filho estava com sífilis congênita?	
- <u>Se iniciou, mas parou</u> , qual o motivo?		
- Contou para alguém que estava fazendo/ fez o tratamento para Sífilis? Por quê?		
- O senhor conhece alguém próximo que o exame deu positivo? Se sim, quem?		
- O senhor já ouviu falar ou conhece alguma simpatia para cura/cuidado da sífilis?		
- O que você sentiu ao descobrir que seu filho estava com sífilis congênita?		

APÊNDICE D

QUADRO DE SATURAÇÃO DAS RESPOSTAS

TIPO DO ENUNCIADO	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	TOTAL DE REGISTROS
Conhecimento sobre a Sífilis	X	x	x	X		x	x	x	x	x			x	10 vezes
Não sei o que é Sífilis Congênita	X	x	x	X	X		x		x	x	x		x	10 vezes
Sei o que é Sífilis congênita												X		01 vez
Entendendo o tratamento	X		x	X			x					x	x	06 vezes
Cicatriz Sorológica	X					x	x							03 vezes
Sífilis não tem cura						X								01 vez
Múltiplas testagens	X	x									x	x	x	05 vezes
Cuidando de si	X										x			02 vezes
Descobririndo a sífilis na gestação da parceira	X	x		X	X		x						x	06 vezes
Facilidades no tratamento	X		x	X			x		x		x		x	07 vezes
Motivos do tratamento	X		x			x	x		x				x	06 vezes
O tratamento dói					X		x		x				x	04 vezes
Dificuldades no tratamento			X								x			02 vezes
Interrupção do tratamento	X										x			02 vezes
Dr Google			X											01 vez
Vi na televisão					X									01 vez
Testou negativo e fez tratamento				X								x	x	03 vezes

Testou negativo e não fez tratamento		X				x				x				03 vezes
Nunca testei								X						01 vez
Formas de transmissão	X	x		X			x		x	x	x	x	x	09 vezes
Contando sobre o diagnóstico/tratamento	X	x	x											03 vezes
Não contei sobre o diagnóstico/tratamento				X	X		x		x		x		x	06 vezes
Sintomas da sífilis			X						x		x			03 vezes
Motivos do tratamento	X		x										x	03 vezes
Falaram que eu não era obrigado a fazer o tratamento					X									01 vez
Testou antes da gestação da parceira	X		x								x			03 vezes
Sífilis é muito ruim				X					x					02 vezes
Não sei nada sobre o tratamento				X	X	x								03 vezes
Testou após o nascimento do filho						X				x				02 vezes
Sentimentos de ter sífilis						X								01 vez
Sentimentos em relação ao filho							X	x	x	x			x	05 vezes
Medo de sequelas							X							01 vez
Raiva da esposa								X						01 vez
Nunca testei, mas não tenho sífilis								X						01 vez

O médico do pré-natal mandou eu ir na consulta									X				x	02 vezes
Tive que ser forte										X				01 vez
TOTAL DE NOVOS ENUNCIADOS	14	01	02	04	03	03	02	03	01	01	-	01	-	

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POR TRÁS DA SÍFILIS CONGÊNITA: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE HOMENS SOB A ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL

Pesquisador: Ana Paula Assunção Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22034719.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.692.072

Apresentação do Projeto:

A proposta de investigação é uma construção dentro da linha de Pesquisa Institucional intitulada “Sífilis no ciclo da vida: interfaces entre a saúde e a educação” da UNIRIO. Está cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO e tem como objeto de estudo o Itinerário Terapêutico de homens dos quais o filho de sua parceira recebeu diagnóstico de sífilis congênita fim de conhecer o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, baseado no método da etno-enfermagem. A coleta dos dados será realizada no Hospital Universitário Gafrée e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Participarão desse estudo pais que estejam na instituição, na condição de acompanhante ou visitante de mãe e do filho, cujos recém-nascidos tenham recebido o diagnóstico de sífilis congênita. Como critérios de inclusão serão considerados: o homem declarar-se pai da criança, ser maior de 18 anos e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE após os devidos esclarecimentos. Serão excluídos, pais que não se encontrem em condições emocionais para serem entrevistados.

A análise dos dados relacionada aos depoimentos será fundamentada na etnoenfermagem, que segundo Leininger e McFarland (2015) é um método de pesquisa qualitativa em enfermagem, focalizado em

descrever, documentar interpretar a visão dos informantes, nos significados, símbolos e experiências de vida que eles trazem nos atuais e potenciais fenômenos do cuidados em enfermagem.

A pesquisa obedecerá os princípios éticos preconizados na Resolução No466/12 (BRASIL, 2012), referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Será mantido o sigilo sobre a identidade dos participantes, respeitando os valores culturais, sociais, morais e éticos. O projeto será submetido à Plataforma Brasil e a coleta só terá início após a autorização do comitê de ética e pesquisa. Os depoentes não serão identificados, sendo usado códigos ou pseudônimos para apresentação dos resultados. Os participantes deverão ser esclarecidos a respeito do motivo e finalidade do estudo e concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A fim de conhecer o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, baseado no método da etno-enfermagem. A coleta dos dados será realizada no Hospital Universitário Gafree e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A escolha por este cenário se deu por ser unidade de referência para diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e por acreditar que investir em pesquisa em uma instituição universitária possibilita visibilidade para a temática, assim como sensibilização dos diversos profissionais de saúde para envolvimento com a causa (EBSERH, 2019). Para a obtenção dos dados empíricos serão realizadas entrevistas individuais, utilizando um roteiro semi-estruturado (Apêndice B) contendo uma parte para identificação sócio-demográfica e outra com as questões abertas dirigidas para o objetivo do estudo.

As entrevistas serão realizadas na própria maternidade em espaço privativo após identificação dos sujeitos se adequem aos critérios de inclusão e exclusão. Haverá aproximação com o casal, será explicado o objetivo do estudo durante conversa informal com o casal e por fim, o convite ao homem para participar da pesquisa. A entrevista com o homem será em ambiente particular, sem a participação da companheira e/ou outro familiar. Será apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respeitado todos os princípios éticos propostos pela Resolução No 466/12, referente a pesquisa com seres humanos.

Critério de Inclusão:

Participarão desse estudo pais que estejam na instituição, na condição de acompanhante ou visitante de mãe e do filho, cujos recém-nascidos tenham recebido o diagnóstico de sífilis congênita. Como critérios de inclusão serão considerados: o homem declarar-se pai da criança, ser maior de 18 anos e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE após os devidos esclarecimentos. **Critério de Exclusão:** Serão excluídos, pais que não se encontrem em condições emocionais para serem entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1- Traçar o itinerário terapêutico de homens dos quais o filho de sua parceira recebeu diagnóstico de sífilis congênita;2- Identificar o conhecimento dos homens em relação às formas de transmissão, diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita;3- Discutir o itinerário terapêutico dos homens dos quais o filho de sua parceira recebeu diagnóstico de sífilis congênita à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos no momento que pode invadir a privacidade dos entrevistados, com perguntas de cunho pessoal. No entanto, os participantes poderão se recusar a responder determinadas perguntas que julgarem incômodas. Quanto aos benefícios, estudo beneficia a sociedade e os serviços de saúde por mostrar o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, buscando conhecer a implicação do homem no contexto da sífilis congênita.

O estudo vai respeitar os princípios éticos da beneficência, agindo pelo bem dos indivíduos entrevistados, respeitando suas opiniões; a não- maleficência, não causando nenhum mal ou danos aos entrevistados, ou seja, preconizando o “não lesar” ou causar algum tipo de dano a alguém e o princípio da autonomia, consciente do direito que os entrevistados possuem sobre a vida deles, possibilitando condições de exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer tipo de coerção (BETTINI-PEREIRA, 2015).

Benefícios: O estudo beneficia a sociedade e os serviços de saúde por mostrar o itinerário terapêutico de homens cujos filhos de suas parceiras receberam diagnóstico de sífilis congênita, buscando conhecer a implicação do homem no contexto da sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem importância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está assinada e carimbada pela coordenadora do mestrado em enfermagem da UNIRIO, O TCLE está de acordo com as normas das resoluções CNS 466 e 510.

A carta de anuência do Hospital em que será realizada a pesquisa está assinada e carimbada pelo responsável pela instituição.

Continuação do Parecer: 3.692.072

Foi apresentado termo de compromisso da pesquisadora.

O questionário não identifica o entrevistado e mantém seu anonimato e incolumidade psicológica.

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezadx Pesquisadxr,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de notificação (ícone à direita da tela, na linha do título do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1435874.pdf	23/09/2019 11:55:38		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	23/09/2019 11:53:47	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.jpg	22/09/2019 02:13:11	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	21/09/2019 10:33:15	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.jpg	21/09/2019 10:27:49	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	21/09/2019 10:26:24	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2019 10:22:44	Ana Paula Assunção Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de
Novembro de 2019

Assinado por:
**Renata Flavia Abreu da
Silva (Coordenador(a))**