



Artigo Original

PERFIL DE USUÁRIOS MASCULINOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

PROFILE FOR MALE USERS TREATED IN A REFERENCE CENTER FOR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

PERFIL DE USUARIOS MASCULINOS ATENDIDOS EN SERVICIO DE REFERENCIA PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Adriano Rodrigues de Souza¹, Ana Paula Chaves de Freitas², Giselle Pereira Rovere², Ana Débora Assis Moura³, Aline Rodrigues Feitoza⁴

Objetivou-se traçar o perfil epidemiológico dos usuários masculinos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, atendidos em um Centro Especializado nessas enfermidades, em Fortaleza-CE, Brasil. Estudo do tipo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em outubro de 2008, com 137 prontuários de pacientes atendidos em 2007. Utilizou-se um formulário de pesquisa com dados socioeconômicos e clínicos. Detectou-se que 95,6% residiam em Fortaleza; 51% chegaram por demanda espontânea; 49,6% tinham de 20 a 29 anos; 46% referiram ter 10 ou mais anos de estudo; a orla marítima apareceu com a maior incidência dos casos; 65% tiveram de uma a cinco consultas; apenas 4% fizeram uso de algum medicamento; e 57,7% tiveram a verruga genital como principal diagnóstico. Concluiu-se que o perfil traçado revelou homens jovens, na sua maioria com o Ensino Médio concluído, moradores de bairros pobres.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Perfil de Saúde; Sexo; Masculino.

This study aims to trace the epidemiological profile of male patients with STD treated at a specialized center in STDs in the city of Fortaleza, CE, Brazil. In October 2008, the exploratory essay with quantitative approach, with 137 records of patients seen in 2007 was held. A form of research with clinical and socioeconomic data was used. It was found that 95.6% live in Fortaleza, 51% came through spontaneous demand, 49.6% were between 20 and 29 years of age, 46% reported having 10 or more years of study, the seafont appeared with the highest incidence of cases, 65% had one to five visits, while only 4% had used some medication, and 57.7% had genital warts as the primary diagnosis. It was concluded that the survey showed young men, mostly having finished high school, residents of poor neighborhoods.

Descriptors: Sexually Transmitted Diseases; Health Profile; Sex; Male.

El objetivo del estudio fue trazar el perfil epidemiológico de los usuarios masculinos portadores de enfermedades de transmisión sexual, atendidos en Centro Especializado en estas enfermedades, en Fortaleza-CE, Brasil. Estudio exploratorio, cuantitativo, llevado a cabo en octubre de 2008, con 137 registros médicos de pacientes atendidos en 2007. Se utilizó encuesta de investigación con datos socioeconómicos y clínicos. Se detectó que 95,6% residían en Fortaleza; 51% llegaron por demanda espontánea; 49,6% tenían entre 20 y 29 años; 46% refirieron tener 10 años o más de estudio; el litoral apareció con mayor incidencia de los casos; 65% tuvieron de una a cinco consultas; 4% tomaron medicamento; y 57,7% tuvieron la verruga genital como principal diagnóstico. El perfil trazado señaló hombres jóvenes, en mayoría con enseñanza media concluida, habitantes de barrios pobres.

Descritores: Enfermedades de Transmisión Sexual; Perfil de Salud; Sexo; Masculino.

¹Enfermeiro da Secretaria de Saúde de Fortaleza – CE. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorando em Saúde Coletiva pela UFC. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Brasil. E-mail: adrianorsouza@gmail.com

²Enfermeiras. Graduada pela UNIFOR. Brasil. E-mail: paulinha_tab@hotmail.com

³Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza – CE. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Professora da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Brasil. E-mail: anadeboraam@hotmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR e Técnica da Coordenação Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais do município de Fortaleza. Brasil. E-mail: alinerfeitoza@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças transmitidas por meio do sexo agem de forma infectocontagiosa desde os primórdios da humanidade. Durante a evolução da espécie humana, as moléstias sexualmente transmissíveis, isto é, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), infectam pessoas de todas as classes, sexo e religião.

As DST são doenças causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual com uma pessoa que esteja infectada e, geralmente, se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Cita-se entre outras formas de transmissão dessas doenças a propagação da mãe infectada para o bebê, durante a gravidez ou no decurso do parto (transmissão vertical), por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis⁽¹⁾.

Ademais, salienta-se que apesar dos avanços tecnológicos e científicos apresentados nas formas de cura e controle das DST, elas continuam acometendo grandes massas populacionais. Alguns fatores têm contribuído para o aumento da incidência das DST, como: desinformação, sobretudo em decorrência da redução das campanhas educativas; automedicação ou medicações indicadas por pessoas não qualificadas; multiplicidade de parceiros; maior liberdade para a prática da atividade sexual em decorrência do uso de métodos contraceptivos; dificuldade na investigação dos parceiros sexuais; menor temor do público por estas doenças, pela facilidade do diagnóstico e tratamento; facilidade de deslocamento das populações; e, por fim, o aparecimento da resistência microbiana aos quimioterápicos⁽²⁾.

Esses fatores revelam as DST como um problema de saúde pública no Brasil, motivo pelo qual recebem atenção nas pautas das políticas públicas, buscando

proporcionar políticas assistenciais integradoras e bem pulverizadas por todo o Brasil.

As diretrizes das políticas para as DST devem priorizar o diagnóstico e o tratamento precoces, incluindo a avaliação dos parceiros sexuais, o atendimento imediato destes, pois provocam ações curativas, além de proporcionar medidas preventivas e evitar o surgimento de outras complicações. A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) e serviços de referência regionais ou municipais⁽³⁾.

Todavia, para a promoção de ações integradoras, algumas medidas devem ser revistas junto à atenção básica dos municípios brasileiros, como a escassez do fornecimento de medicamentos e preservativos para os portadores de DST; a restrição resolutiva e o sistema de agendamento de consultas que limitam os atendimentos e excluem a demanda espontânea⁽⁴⁾.

Para a redução das mencionadas barreiras e diminuição dos índices elevados de morbidade e cronicidade apresentadas pelas DST, torna-se fundamental que o Sistema Único de Saúde (SUS) disponha de mecanismos eficazes de detecção e diagnóstico precoces. Para tanto, utilizam-se nas UBASF os fluxogramas constituídos de sintomas e sinais clínicos para determinar tratamentos antimicrobianos, escolhidos para oferecer cobertura aos principais patógenos responsáveis pelas síndromes. No Brasil, esta abordagem foi instituída em 1993, com a utilização de quatro fluxogramas: corrimento uretral em homens, úlcera genital, dor ou desconforto pélvico e corrimento vaginal⁽⁴⁾.

A implementação desses fluxogramas também contribui para melhorar os registros das DST, porém, nos últimos anos, o Ministério da Saúde retirou

paulatinamente estas doenças a lista de doenças de notificação compulsória, deixando apenas a AIDS, HIV na gestante, criança exposta ao HIV, sífilis na gestação e congênita. Desse modo, por não possuir um sistema de notificação compulsória, as demais moléstias tornam-se dependentes da disponibilidade dos profissionais de saúde de registrar suas ocorrências⁽³⁾.

Mesmo com a dificuldade de registros, o Programa Nacional de DST/AIDS refere em números o fato de que, no Brasil, as estimativas anuais de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa são: sífilis (930.000 casos/ano), gonorreia (1.541.800 casos/ano), clamídia (1.967.200 casos/ano), herpes genital (640.900 casos/ano), HPV (685.400 casos/ano)⁽¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde estima entre 10 e 12 milhões de casos novos de DST por ano no Brasil. Em uma amostra de representatividade nacional de jovens do sexo masculino, de 17 a 21 anos, que se apresentaram às comissões de seleção do Exército brasileiro em 2000, 18,5% fizeram referência a algum problema relacionado às DST, neste percentual: 10,2% de "feridas no pênis"; 7,5% de "bolhas no pênis"; 6% de "corrimento no canal da urina"; e 3,8% de "verrugas no pênis". Estudo realizado em 2002, no mesmo grupo populacional, sinalizou esse percentual reduzido para 15,8%, variando de 23,3% na região Norte a 9,5% na região Sul, representando mais de 900 mil jovens, cujo relato indicava sintomas e/ou características de qualquer sinal relacionado às doenças sexualmente transmissíveis⁽¹⁾.

Porquanto, destaca-se que os registros se tornam complicados, principalmente na quinta maior capital do Brasil, Fortaleza-Ceará. A coordenação de DST/Aids põe em prática várias iniciativas com vistas a reduzir a incidência de DST/Aids e potencializar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids na cidade.

De forma inédita, Fortaleza ampliou o acesso aos preservativos na rede municipal de saúde, duplicando o repasse para as Unidades Básicas de Saúde, bem como garantiu o acesso a medicamentos para o tratamento das DST em todas as unidades⁽⁵⁾.

Em face desse contexto, frisa-se a dificuldade de tratar o paciente do sexo masculino portador de DST, que na maioria das vezes não se dirige à unidade de saúde, por vários motivos. O constrangimento de admitir ser portador de uma DST perante os profissionais e a si mesmo retrata a vergonha cultural causada pela sociedade, marcando a consulta como um momento repleto de dúvidas e receios; a timidez, pois, na maioria das vezes, os cuidados à saúde estão mais relacionados à mulher. O comportamento tímido e a dificuldade de se expressar são comuns no atendimento a essa população que frequentemente procura o serviço sozinho⁽⁶⁾.

Portanto, muitos homens portadores de DST não se apresentam às consultas pelo medo de tornar pública sua condição de portador da doença. Por tal razão, buscam por serviços alternativos, dos quais, na maioria das vezes, recebem diagnósticos e tratamentos inadequados. Este problema agrava-se pela grande quantidade de indivíduos que realizam a automedicação com terapias inadequadas, resultando numa resistência antimicrobiana⁽⁷⁾.

A despeito da diversidade de informações na atualidade, isto ainda não é suficiente para transformar os conceitos masculinos com relação às formas de contaminação; muitos acreditam que as DST estão associadas somente aos homossexuais, aos grupos de usuários de drogas e profissionais do sexo, portanto, acreditam que não correm risco de contaminação.

Frente ao exposto, emergiram algumas cogitações que nortearam a realização deste estudo: Quem são os usuários do atendimento em DST em unidades básicas?

Que perfil epidemiológico apresentam? Em que âmbito socioeconômico se encontram?

Assim, acredita-se que os estudos dessa natureza, que buscam traçar perfis de pessoas com determinadas morbidades, fornecem informações úteis para a definição de políticas de saúde voltadas para a especificidade de cada população.

Com esse intuito, objetivou-se traçar o perfil epidemiológico dos usuários masculinos portadores de DST, atendidos em um Centro Especializado em DST, do município de Fortaleza-CE.

MÉTODOS

Estudo do tipo exploratório, com abordagem quantitativa. Com efeito, neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles.

Como método norteador para a formulação deste perfil, utilizou-se a Epidemiologia Descritiva, que estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença e promoção da saúde⁽⁸⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de referência do município de Fortaleza-CE, que se encontrava em funcionamento na área da Secretária Executiva Regional II (SER II). A opção por esta unidade ocorreu por ser uma unidade de referência no Estado para portadores de DST/HIV, apresentar infraestrutura favorável para a coleta de dados e possuir localização geográfica acessível aos autores/pesquisadores.

A população e amostra do estudo foram constituídas por todos os prontuários existentes na unidade no momento do estudo, resultando em 137 clientes do sexo masculino, atendidos na referida unidade, tendo como critérios de seleção: ser homem; ter sido atendido durante em 2007; com diagnóstico

definido ou provisório de DST/HIV; e encontrar-se em acompanhamento.

Os dados foram recolhidos em outubro de 2008, por meio da aplicação do instrumento, realizada pelos próprios pesquisadores, seguido um calendário de datas e horários predefinidos com a coordenação da unidade.

Foi utilizado formulário predefinido, tendo como base as informações contidas nos prontuários da instituição, composto de dados pessoais, clínicos e laboratoriais dos pacientes, enfocando os fatores determinantes para cada caso.

Os dados coletados foram digitados, tabulados e analisados mediante o programa do *Microsoft Excel* 2007, o qual proporcionou a organização dos indicativos por meio de tabelas. Nas discussões dos resultados, recorreu-se à literatura pertinente.

O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob parecer nº.272/08, que procedeu à avaliação na conformidade do dispositivo contido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos⁽⁹⁾.

RESULTADOS

O estudo analisou 137 prontuários de pacientes masculinos, acompanhados em um Centro de Saúde Especializado em Doença Sexualmente Transmissível (DST), de Fortaleza-CE. Destes, 95,6% (131) eram residentes de Fortaleza; 51% (70) chegaram à unidade por demanda espontânea; 19% (26) foram referenciados de outros serviços; enquanto 13% dos atendimentos eram funcionários da própria unidade de saúde. Este fato refletiu uma realidade negativa, pois através do acesso dessa população, esperava-se que estivessem mais conscientes quanto ao sexo seguro.

Em relação à escolaridade, 48% (66) dos pacientes tinham menos de 10 anos de estudo; 46% (63) haviam concluído o Ensino Fundamental ou iniciado

o Ensino Médio, com média de 10 ou mais anos de estudo; e, entretanto, em 6% (8) dos prontuários não houve referência à escolaridade.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos clientes atendidos no Centro de Referência em DST. Fortaleza, CE, Brasil, 2008
N=137

| Variáveis | Nº. | % |
|--|------------|----------|
| Faixa Etária | | |
| <9 | 8 | 5,8 |
| 10-19 | 12 | 8,8 |
| 20-29 | 68 | 49,6 |
| 30-39 | 24 | 17,5 |
| 40-49 | 16 | 11,7 |
| 50-59 | 6 | 4,4 |
| >60 | 3 | 2,2 |
| Escolaridade | | |
| 0-5 | 21 | 15 |
| 6-10 | 45 | 33 |
| 10 + | 63 | 46 |
| Ignorado | 8 | 6 |
| Número de parceiros | | |
| Zero | 6 | 4,3 |
| Um | 79 | 57,6 |
| Dois | 26 | 18,9 |
| Três | 9 | 6,5 |
| Quatro | 6 | 4,3 |
| >4 | 1 | 0,7 |
| Ignorado | 9 | 6,5 |
| Sem parceiro fixo | 1 | 0,7 |
| Motivo do Atendimento | | |
| Demanda espontânea | 70 | 5,1 |
| Ignorado | 12 | 9,0 |
| Outro serviço de saúde | 26 | 19,0 |
| Parceiro com DST | 3 | 2,0 |
| Parceiro com DST consultado na unidade | 7 | 5,0 |
| Trabalha na unidade | 18 | 13,0 |
| Bairros | | |
| Praia de Iracema | 5 | 3,6 |
| Praia do Futuro | 5 | 3,6 |
| Serviluz | 6 | 4,4 |
| Messejana | 8 | 5,8 |
| Barra do Ceará | 13 | 9,5 |
| Mucuripe | 13 | 9,5 |
| Vicente Pinzon | 13 | 9,5 |
| Outros | 74 | 54,0 |

Quanto à distribuição dos casos por bairro, identificou-se o fato de que os de maior prevalência se concentravam na orla marítima de Fortaleza, com destaque para Barra do Ceará, Mucuripe e Vicente

Pinzon, todos com o mesmo número de pacientes atendidos, 9,5% (13).

Dos clientes, dos quais se obteve informação acerca do número de parceiros sexuais, totalizando

93,5% (128), 57,6% (79), relataram ter somente uma parceira. Entretanto, 31,1% (43) exprimiram ter mais de duas parceiras, aumentando assim o risco de se relacionarem com possíveis portadores(as) de DST. Vale ressaltar dois casos considerados promíscuos: no

primeiro deles, um senhor de 76 anos que referiu manter relações sexuais com cerca de 11 parceiras; e, no outro, um paciente que relatou não ter parceiro(a) fixo(a). Em ambos os casos, identificou-se o maior risco de contágio de DST/HIV/AIDS.

Tabela 2 - Características clínicas e laboratoriais dos pacientes atendidos no Centro de Referência em DST. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

| Variáveis | Nº | % |
|---|-----------|----------|
| Diagnósticos Encontrados | | |
| Verruga genital | 79 | 57,7 |
| Corrimento uretral | 24 | 17,5 |
| Úlcera genital | 16 | 11,7 |
| Sorologia reativa para sífilis | 5 | 3,6 |
| Amostra positiva de HIV | 2 | 1,5 |
| Verruga anal | 2 | 1,5 |
| Corrimento anal | 1 | 0,7 |
| Vesícula genital | 1 | 0,7 |
| Outros diagnósticos | 7 | 5,1 |
| Total | 137 | 100 |
| Número de Consultas | | |
| 1-5 | 302 | 65 |
| 6-10 | 84 | 18 |
| 11-15 | 39 | 8 |
| 16-20 | 20 | 4 |
| 21-25 | 23 | 5 |
| Total | 468 | 100 |
| Uso de medicação | | |
| Não | 132 | 96 |
| Sim | 5 | 4 |
| Total | 137 | 100 |
| Exames laboratoriais | | |
| Não | 11 | 8 |
| Sim | 126 | 92 |
| Total | 137 | 100 |
| Principais Exames | | |
| Nenhum | 11 | 8 |
| Anti- HIV | 2 | 1,5 |
| VDRL | 18 | 13,1 |
| <i>Gonococo betalactamase</i> | 2 | 1,5 |
| Hepatite B e C | 6 | 4,4 |
| Microscopia | 2 | 1,5 |
| Microscopia, VDRL, anti-HIV, hepatite B e C | 4 | 2,9 |
| Microscopia, VDRL, hepatite B e C | 2 | 1,5 |
| VDRL, anti-HIV | 50 | 36,5 |
| VDRL, anti-HIV, hepatite B e C | 40 | 29,1 |
| Total | 137 | 100 |

Por intermédio dos achados clínicos referidos, logrou-se identificar como diagnóstico definitivo ou provisório a verruga genital, com 57,7% (79), o corrimento uretral, com 17,5% (25), e a úlcera genital 11,7% (16), fatores clínicos de maior incidência.

No que concerne ao número de consultas realizadas pelo cliente, predominou a variação de uma a cinco consultas, com 65% (302), seguida da classe de seis a dez, com 18% (84). Vale destacar os pacientes que realizaram até 25 consultas, mostrando, com isso, a continuidade de assistência ofertada pela unidade, já que se tratava de um centro de referência para o tratamento dessas doenças.

Em razão das informações encontradas na pesquisa, apenas 4% (5) dos pacientes fizeram uso de algum medicamento antes do tratamento na referida unidade.

Com relação aos exames laboratoriais, puderam-se observar através da Tabela 2 que, para 92% (126) dos pacientes, foram realizados exames laboratoriais, destacando-se entre eles o VDRL (sorologia para sífilis), o anti-HIV e as sorologias para hepatites B e C.

Em apenas 8% (11) clientes esses exames não haviam sido realizados. Este item merece destaque uma vez que o indivíduo está mais susceptível a contrair o HIV/AIDS quando portador de outra DST. Portanto, esses exames deveriam ser realizados por todos os portadores de DST, independentemente do tipo.

DISCUSSÃO

A maior prevalência na faixa etária de 20-29 anos pode ser justificada pela iniciação sexual precoce do brasileiro, pela multiplicidade de parceiros, pela ineficiência das informações e dos cuidados sobre sua saúde sexual, realidade já referenciada em outros estudos⁽¹⁰⁾.

A respeito do grau de instrução dos participantes da pesquisa, percebeu-se que a maioria tinha menos de dez anos de estudo, o que intensifica a vulnerabilidade

ao HIV/Aids. Ressalte-se como fator de agravamento que o nível ínfimo de escolaridade dificulta a adesão às medidas preventivas⁽¹¹⁾.

Acerca da distribuição dos casos por bairro, a regional II englobava as proximidades das praias, bairros pobres, que concentram o turismo local, aumentando a probabilidade da exploração sexual, da prostituição e do turismo sexual.

A expansão turística vivenciada na capital cearense traz ao Brasil turistas sexuais que buscam por prazer com mulheres, crianças, meninas e até mesmo meninos. Esse tipo de viajante é conhecido como *turism single*, formado essencialmente por pessoas com um poder aquisitivo elevado e geralmente composto por homens mais velhos e sozinhos⁽¹²⁾.

Vale apontar também que o aumento da vulnerabilidade acontece, muitas vezes, pelo fato de alguns homens considerarem que existem práticas sexuais que não devem ser realizadas com a esposa ou parceira fixa, e tendem a buscar a realização de suas fantasias com outras pessoas.

Desse modo, salienta-se que as relações extraconjugais podem intensificar a exposição à infecção pelo HIV. Estudo realizado com homens casados e com idades entre 15 e 64 anos, na Nigéria, que objetivou analisar a prevalência e os fatores associados ao sexo extraconjugal, comprovou que uma parte significativa dos nigerianos estiveram expostos à infecção pelo HIV através de relações sexuais extraconjugais⁽¹³⁾.

Ao proceder a uma análise comparativa com estudo desenvolvido junto a jovens reservistas, identificou-se uma realidade parecida com a deste estudo, em que 15,8% apresentaram corrimento no canal uretral, bolhas, feridas ou verrugas no órgão genital, sendo observada uma incidência maior nas regiões Norte e Nordeste⁽¹⁴⁾.

Verificou-se que 4% (5) dos pacientes fizeram uso de algum medicamento antes do tratamento na referida unidade, prática bastante comum entre o sexo

masculino, visto que o homem dificilmente busca por atendimento de saúde, o que é notável nas salas de esperas das Unidades Básicas de Saúde, cuja prevalência é da população feminina.

Estudo de prevalência constatou a mesma realidade, em que cerca de 51% dos homens e 80% das mulheres informaram haver procurado nos últimos 12 meses algum tipo de assistência à saúde. Os homens foram também os que mais comumente referiram história de DST⁽¹⁵⁾.

Dentre os fatores que contribuem para explicar os padrões de comportamento dos homens na busca pela utilização de serviços de saúde, podem ser citados os fatores socioculturais e biológicas que, por sua vez, não funcionam independentemente uns dos outros⁽¹⁶⁾. Além disso, a adesão ao patriarcal e as características masculinas, como superioridade, confiança, independência e autodomínio, também, podem agir como empecilho aos homens ao acesso e à utilização adequada dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Em virtude desse contexto, a automedicação torna-se uma realidade brasileira, prática que não acontece somente com homens, diariamente mulheres com queixas diversas, dentre elas as ginecológicas, buscam por tratamento em farmácias antes de procurarem pelas Unidades de Saúde, as justificativas para essa prática são as mais variadas, desde a dificuldade de acesso ao atendimento ginecológico até simplesmente a vergonha em procurar um profissional de saúde e expor sua intimidade.

O acesso fácil na aquisição de medicamentos pode induzir a um tratamento ineficiente, dificultando na cura⁽¹⁸⁾. A realidade brasileira das farmácias reflete a "consulta de balcão", pois é mais conveniente ser consultado na farmácia do que no serviço de saúde. O não-reconhecimento das DST sintomáticas em alguns serviços de saúde induz os homens portadores de DST a

continuarem procurando prontos-socorros, farmácias, curandeiros ou automedicação⁽³⁾.

Isso pode retardar o tratamento adequado, motivando complicações diversas, no caso das DST, a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma das que mais preocupa, já que se não for tratada adequadamente tem como consequência o câncer de colo de útero e o câncer de pênis.

Em relação à assistência ao homem portador de DST, dever-se-á elaborar práticas que colaborem para o enfrentamento da doença, oferecendo atendimento de qualidade, contribuindo para uma maior expressão dos desejos e sentimentos deste público, de modo a reduzir a dificuldade de acesso deles à rede de saúde.

CONCLUSÕES

O perfil traçado neste estudo mostrou homens jovens, com predomínio de 20 a 29 anos de idade; metade da amostra de homens de menos de dez anos de estudo e metade deles havendo concluído o Ensino Fundamental ou iniciado o Ensino Médio, com média de dez ou mais anos de escolaridade; moradores de bairros pobres da orla marítima de Fortaleza, Ceará.

Comprovou-se que esses homens estão buscando pelo serviço de saúde espontaneamente para cuidar da sua saúde, fato atribuído, principalmente, às queixas referidas (verruga genital, corrimento uretral e úlcera genital), pois, na maioria desses casos, esses sintomas são motivos de desconforto e preocupação. Culturalmente, os homens procuram menos pelos serviços de saúde do que as mulheres.

Evidenciou-se que os pacientes realizavam tratamento prolongado, com um mínimo de cinco consultas, e que a maioria deles realizava exames laboratoriais, com destaque para o VDRL (sorologia para sífilis), anti-HIV e sorologias para hepatites B e C.

Concluiu-se que a abordagem do sexo seguro continua se fazendo necessária e exigindo esforços de produção de estratégias para esta população, com ações de Educação em Saúde, objetivando facilitar a compreensão das informações direcionadas para este grupo "vulnerável"; orientando quanto ao uso de métodos preventivos adequados, encorajamento para redução de parceiros e procura espontânea pelos serviços de saúde, com o intuito de zelar pela saúde.

Nessa contextura, destaca-se o profissional enfermeiro poderá identificar, encaminhar e apoiar, tanto o homem quanto a sua parceira, além de elaborar estratégias para minimizar a desinformação, promover atividades educativas, de prevenção e de promoção à saúde para o casal, através da educação em saúde para homens e mulheres, com vistas a conscientizá-los acerca da importância do sexo seguro.

Ademais, para romper com essa cadeia de transmissão das DST, faz-se necessária a implantação de políticas públicas voltadas ao homem, focando uma atenção específica a esta clientela, tendo como prioridades medidas preventivas e contínuas, possíveis de assegurar um diagnóstico preciso, sigiloso e confidencial. Para proporcionar este serviço de qualidade, no entanto, a rede de saúde necessita contar com equipes multidisciplinares de assistência, que estejam atentas aos valores, às atitudes e condutas individuais do cliente, procurando reforçar os aspectos positivos contidos em cada história de vida, promovendo estratégias que melhorem o atendimento.

Logo, percebe-se que a inclusão do homem como uma das prioridades de atenção à saúde é urgente, portanto, algumas estratégias poderiam ser consideradas, como: mutirões de atendimento aos sábados, visto que uma das dificuldades percebidas na prática é o regime de trabalho dos mesmos; e veiculação de campanhas educativas para prevenção

das DST/Aids direcionadas a população masculina, considerando também a orientação sexual.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST. Coleção DST/Aids. Série Manuais nº68. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Tibúrcio AS, Passos MRL, Pinheiro VMS. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num centro nacional de treinamento. J Bras Doenças Sex Transm. 2000; 12(4):4-39.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica nº 18, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Passos MRL. Deesetologia, DST 5. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura médica; 2005.
5. Secretaria de Saúde do Estado (CE). A saúde no Ceará: uma construção de todos: relatório da gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: OMNI Editora; 2006.
6. Andrade LS, Nóbrega-Therrien SM. A sexualidade masculina e vulnerabilidade ao HIV/AIDS. J Bras Doenças Sex Transm. 2005; 17(2):121-6.
7. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1):76-84.
8. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

10. Guerreiro I, Ayres JR, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):50-60.
11. Santos MCL, Fernandes AFC, Cavalcanti PP. Consulta ginecológica – motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. *Rev Rene*. 2004; 5(1):22-6.
12. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS, Silva TJ, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):325-34.
13. Oyediran K, Isiugo-Abanihe UC, Feyisetan BJ, Ishola GP. Prevalence of and factors associated with extramarital sex among Nigerian men. *Am J Mens Health*. 2010; 4(2):124-34.
14. Silva MCA, Antonello VS, Romagna ES, Antonello JS. Educação e vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis/HIV entre militares em um quartel em Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev HCPA*. 2009; 29(3):225-8
15. Barroso LMM, Carvalho CML, Galvão MTG. Mulheres com HIV/AIDS: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev Rene*. 2006; 7(2):67-73.
16. Smith JA, Braunack-Mayer A, Wittert G. What do we know about men's help-seeking and health service use? *Med J Aust*. 2006; 184(2):81-3.
17. Lee C, Owens RG. Issues for a psychology of men's health. *J Health Psychol*. 2002; 7:209-17.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2002/2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

Recebido: 06/04/2011

Aceito: 04/07/2011