

Da apreensão de informações aos itinerários terapêuticos de homens diante de suspeita ou com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis. A internet em pauta

I¹ Neide Emi Kurokawa e Silva, ² Heitor Alarico Gonçalves de Freitas,

³ Leyla Gomes Sancho I

Resumo: Explora-se como os homens, diante de suspeita ou diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), apreendem as informações sobre elas e como tal apreensão se articula com seus itinerários terapêuticos. O estudo é parte de pesquisa sobre acesso de homens a diagnóstico e tratamento de DSTs (exceto HIV/aids) e envolveu 18 entrevistas individuais em profundidade, com pacientes em seguimento em serviços de saúde, e quatro grupos focais, com trabalhadores do ramo de serviços. Todos acessaram informações sobre DSTs por meio de palestras e campanhas, sobretudo sobre aids. As informações assumem significados distintos, na ausência de sinais/sintomas e na vigência da DST: o sentimento de invulnerabilidade cede espaço para dúvidas, temores e vergonha. O sigilo propiciado pela internet a torna importante fonte de informações quando da suspeita/diagnóstico de DST, mas seu conteúdo reproduz o discurso biomédico, não fornecendo respostas que aplaquem julgamentos morais e o estigma das DSTs. Os homens elegem o médico como principal referência de cuidado, justificando a persistência na peregrinação que fizeram para obter atendimento. Aliada à oferta de serviços, parece oportuno que as informações transitem para uma comunicação em saúde que dialogue com as necessidades da população e que a inclusão digital seja sinônimo de cidadania digital.

► **Palavras-chave:** comunicação e saúde; itinerários terapêuticos; doenças sexualmente transmissíveis; internet.

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (neks@uol.com.br).

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (botafogo@terra.com.br).

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil (lsancho@uol.com.br).

Recebido em: 26/02/2015
Aprovado em: 18/01/2016

Introdução

Os percursos e percalços para a obtenção de cuidados de saúde são bem conhecidos pela população e fartamente divulgados pela mídia. Infelizmente, as barreiras ao acesso a serviços de saúde não se restringem a agravos de diagnóstico e/ou tratamento mais complexos, envolvendo também patologias, hoje curáveis e de tratamento relativamente simples, como é o caso da maior parte das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A dificuldade em encontrar locais para atendimento pode ser uma das justificativas para esse quadro, mas não se reduz a esta escassez: da identificação de um problema de saúde até o desfecho de um tratamento – para além das políticas públicas e da disponibilização de recursos –, há que considerar outros elementos que concorrem para facilitar ou dificultar a trajetória dos indivíduos em busca de atenção à saúde.

Ao lado de marcadores como classe social, escolaridade e renda, o sexo, em conjunto com outras dimensões, também pode configurar distintos modos de acessar e de obter o cuidado à saúde. Assim é que o modo de buscar o cuidado e a atenção às demandas dos homens, em relação às queixas sugestivas de ISTs, também guardam especificidades, quando comparados aos das mulheres (PINHEIRO; COUTO; NOGUEIRA DA SILVA, 2011; COUTO et al., 2010).

A trajetória dos homens em busca de cuidado é influenciada por um conjunto de contextos que contemplam, dentre outros, as políticas e serviços de saúde, as informações sobre a infecção, as formas e os locais de tratamento, os condicionamentos de gênero, além das capacidades e habilidades individuais para fazer face a esses contextos (SILVA; SANCHO, 2013), conformando distintos itinerários terapêuticos.

O conceito de itinerário terapêutico diz respeito às ações empreendidas pelos indivíduos na busca de cuidados em relação a alguma doença ou aflição. Tal conceito permite elucidar e compreender as trajetórias dos indivíduos afetados por um problema de saúde, abarcando os significados e crenças relativos a esse problema, além das estratégias que acionam para fazer face ao mesmo (ALVES; SOUZA, 1999; CABRAL et al., 2011; ALVES, 2015).

Tal noção transcende o mero mapeamento e análise dos percursos entre a busca e a utilização de serviços de saúde, frente a uma entidade mórbida, a doença: sua apreensão como um problema não se reduz à suspeita ou à

desconfiança de seu diagnóstico, estando sujeita ao modo como os sujeitos e o grupo social a significam, bem como às expectativas, aos temores e aos impactos para a vida, o conjunto de recursos procurados e os parâmetros de sucesso ou de insucesso dessa busca.

Em meio a essa intrincada rede de atores e de iniciativas, postula-se que as informações disponibilizadas e/ou buscadas nas mais diversas fontes, além do modo como são apreendidas, têm lugar de destaque no desenho dos itinerários terapêuticos envolvendo as ISTs. Sob diferentes formas, objetivos e manifestações, elas contribuem para a construção de significados sobre os agravos, para a identificação de sinais ou sintomas e para a antevisão das consequências que podem gerar, podendo, ou não, ser decodificadas como um problema e motivarem, ou não, a procura por uma solução.

A partir do quadro acima delineado, o presente artigo pretende explorar as apreensões dos homens, diante de suspeita ou diagnóstico de ISTs, acerca das informações sobre essas doenças e como estas se inserem em seus itinerários terapêuticos.

Metodologia

No âmbito de estudo qualitativo acerca do acesso de homens a diagnóstico e tratamento de IST, excetuando-se HIV/aids, o recorte deste trabalho focalizará as apreensões, os usos e os impactos das informações sobre ISTs nos itinerários terapêuticos envolvendo ISTs.

Com o intuito de resgatar depoimentos de homens em tratamento de ISTs e daqueles que, em tese, não apresentavam suspeita ou diagnóstico de ISTs, a pesquisa foi realizada em ambientes clínicos (dois serviços especializados em ISTs), e em ambientes não clínicos (envolvendo trabalhadores de serviços de manutenção e jardinagem em um serviço público e trabalhadores de empresa de ônibus), do Rio de Janeiro e de São Paulo, no período entre setembro de 2013 a setembro de 2014.

A escolha dos serviços especializados foi feita com base nas semelhanças de seus fluxos de organização, por atenderem mulheres e homens e serem exclusivos para IST. Nestes campos foram entrevistados 18 homens, a partir de roteiro semiestruturado, com o intuito de resgatar os itinerários terapêuticos efetivados e captar as demandas por atendimentos que, em princípio, não se enquadrariam

nessa modalidade e que deveriam receber ao menos um acolhimento inicial na atenção primária (como a maior parte dos casos de sífilis e herpes genital). Já a inclusão do campo envolvendo homens sem suspeita de IST no momento da pesquisa visou apreender a antevisão dos itinerários, diante da conjectura hipotética de estarem com alguma IST.

Nos ambientes não clínicos, foram realizados quatro grupos focais, sendo que o pertencimento ao mesmo ramo de atividade foi critério de homogeneidade interna e o fato de terem acesso a planos de saúde por meio da empresa foi critério de heterogeneidade entre os grupos focais (TRAD, 2009). Os informantes tinham idades e profissões variadas, sendo que alguns estavam desempregados no momento da pesquisa. A escolaridade variou entre alfabetizado e ensino médio completo.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados (campo clínico UFF)

UFF	Idade (anos)	Profissão	Estado civil	Diagnóstico	Escolaridade
Almir	38	Téc. contabilidade	Casado	HPV	Ens.médio completo
Eduardo	39	Jardineiro	Solteiro	HPV	Fund. incompleto
Gabriel	48	Garçom	Viúvo	HPV	Ens.médio incompleto
Ildo	28	Instrutor informática	Solteiro	HPV HIV	Superior enfermagem
Jaques	29	Ajudante caminhão	Solteiro	HPV	Ens.médio incompleto
Lauro	29	Administrativo	Solteiro	HPV	Superior Adm empr.
Libaneo	27	Motorista caminhão	Casado	Herpes Sífilis	Fund. incompleto
Moacir	30	Operador de máquina	Casado	HPV HIV	Ens.médio completo
João	25	Desenhista	Solteiro	HPV	Superior Eng. Elétr.
Roberto	35	Auxiliar de mov. carga	Solteiro	HPV	Ens.médio completo
Vagner	17	Auxiliar de loja	Solteiro	HPV	Ens.médio incompleto

Quadro 2. Perfil dos entrevistados (campo clínico SAE)

SAE	Idade (anos)	Profissão	Estado civil	Diagnóstico	Escolaridade
Fausto	20	Serviços gerais	Solteiro	Herpes	Ens. Médio completo
Karlos	20	Operador de loja	Solteiro	HPV	Ens.médio completo
Emerson	47	Despachante aduaneiro	solteiro	Sífilis	Curso téc. Enferm.
Gilmar	31	Manutenção Desempregado	Casado	HPV	Fundamental
Roberio	30	Motorista	Casado	HPV	Ens.médio completo
Demetrio	27	Supervisor vendas	Solteiro	Gonorreia	Ens.médio completo
Walter	22	Aux bomba injetora	Solteiro	Sífilis	Ens.médio completo

Quadro 3. Perfil dos participantes dos grupos focais (campos não clínicos)

Grupos focais	Data	Número participantes	Faixa etária	Estado civil		Escolaridade	
				Solteiros	Casados	Ens. Fund.	Ens. Médio
GFU 1	04.09 2013	11	47-66	0	11	07	04
GFU 2	11.09 2014	10	46-68	02	08	09	01
GFT 3	24.11 2014	17	33-57	04	13	08	07
GFT 4	28.11 2014	11	31-57	0	11	08	03

O referencial analítico inspirou-se na análise de discurso (PÊCHEUX, 2006), privilegiando os sentidos do texto, apreendidos a partir da interpretação não do objeto propriamente dito, mas do processo discursivo de que é parte (ORLANDI, 2013). O material teve como referência os conceitos de itinerário terapêutico e de acesso, a partir do entendimento de que o percurso dos usuários não se restringe à oferta de serviços e de que sua trajetória em busca de cuidado envolve dimensões materiais e simbólicas, que servem como barreiras ou facilitadoras desse acesso (ALVES; SOUZA, 1999; SILVA; SANCHO, 2013).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), registrado sob o CAAE: 01545512.5.0000.5286 (Parecer 593.658-0, de 5/12/2013). Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e sobre os aspectos éticos envolvidos, formalizando a ciência por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Informações sobre ISTs. Expectativas e significados

Todos os depoentes manifestaram ter recebido informações sobre ISTs, mais precisamente sobre HIV e aids, previamente ao sinal/sintoma/diagnóstico e em palestras na escola, em campanhas televisivas e por meio de folhetos educativos, sobretudo em épocas como o carnaval. Alguns, inclusive, lembraram ter realizado trabalho escolar versando sobre o tema.

O registro da tônica nas informações sobre aids nessas recordações reforça pesquisas como a PCAP-2008,¹ que indicou elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão e de prevenção da infecção pelo HIV pela população brasileira (BRASIL, 2011). Quanto às demais ISTs, seu conhecimento ocupa espaço secundário em relação à aids e se circunscreve praticamente à sífilis e à gonorreia (BARBOSA et al., 2006; DORETO; VIEIRA, 2007; BRÊTAS et al., 2009).

Conhecidas previamente, ou não, as informações sobre ISTs parecem ter assumido significados distintos, quando na ausência de sinais, sintomas ou suspeita ou quando na vigência de uma delas: o sentimento de invulnerabilidade por ocasião das palestras e campanhas cedeu espaço para dúvidas, temores e mesmo vergonha, quando do seu diagnóstico, gerando ressignificações sobre a doença e o doente.

Ao comentar a percepção das mensagens das palestras sobre ISTs, anteriores ao seu diagnóstico, um depoente (João) justifica que pensava que esse tipo de doença acometeria apenas o “pessoal que faz sexo desregrado, que faz com todo mundo... prostituta”. Questionado sobre o que pensa agora, disse: “agora não, eu sou um deles, né? Um dos afetados. Eu não posso pensar mais assim...”.

Ainda que doenças como o HPV sejam menos divulgadas e conhecidas pela população em geral e mesmo a despeito de que a maior parte das informações

prévias sobre ISTs concentraram-se no HIV e aids, deve-se levar em conta, ao menos no âmbito dos serviços envolvidos na pesquisa, que ambos possuíam bom atendimento de aconselhamento, feito por profissionais habilitados (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros), além de contar com orientações médicas adequadas, segundo apurado pelos pesquisadores e pelos próprios comentários dos usuários desses serviços.

Mesmo nessas circunstâncias, causou estranheza o fato de que, ao final das entrevistas, quando indagados sobre possíveis dúvidas ou comentários acerca da pesquisa ou do tema abordado, foram reapresentadas questões em torno do modo de transmissão e das possibilidades de cura. Tal situação levou a suspeitar se os homens, de fato, buscavam primordialmente esclarecimentos e informações médicas e clínicas sobre as ISTs, já que aquelas ofertadas pelos profissionais de saúde, bem como pela internet, pareciam não satisfazer a suas necessidades.

Tais necessidades parecem estar associadas aos diferentes significados em torno das ISTs, de como é transmitida e de quem é infectado. Dentre os julgamentos morais subjacentes à pessoa infectada por uma IST, subjaz a ideia de que ela “vacilou” e que, portanto, deve ser culpabilizada por essa falha ou, então, que vive uma sexualidade que foge da normalidade, como se depreende da fala de um dos grupos focais:

Esse tipo de doença (IST) é comum... Todo mundo sabe que isso existe, só que há um bloqueio. Tá blindado isso. Ninguém fala: “Eu tô com essa doença”... O que vão dizer de mim? [...] Pra mim, homem logo associa logo a homossexualismo. Se falar, vai dizer que é coisa de gay. [...] Você pegou com uma mulher, nego?... “Ah, tu é gay!” (GFT3).

Além disso, o diagnóstico de IST pode denunciar a ocorrência de relações extraconjugais, o que exigiria explicações e retratações diante da parceira fixa. Ao reiterar o “*como peguei?*”, parece que se busca alguma explicação, não presente nas informações disponibilizadas, que possa isentá-los desse tipo de julgamento. Assim é que, possivelmente com a cumplicidade do profissional médico, um dos homens resgatou uma clássica explicação para o seu diagnóstico de IST perante a esposa:

Passei por uma situação dessa. E foi muito constrangedor. Confesso que... [a esposa] ficou arrasada. Queria separar. Então, eu expliquei pra ela: “Olha só, eu não tenho como te explicar isso. Eu só tenho que te explicar... Mostrar pra você o seguinte: não tem nada que eu possa me sentir culpado pelo seu problema. Mas eu tenho a solução. A gente vai no médico. Vamos conversar com a... Com a ginecologista. Ela vai dizer pra você o porquê que pode ter acontecido isso. Eu tenho a minha consciência tranquila. Eu sou uma pessoa que respeita você. (GFU2)

Depreende-se deste trecho do discurso a preocupação em isentar-se da culpa, possivelmente reconhecida pessoalmente, mas que nega veemente perante a companheira. Tal negação necessita de argumentos que sustentem a sua “inocência”, argumentos esses angariados de uma autoridade técnica:

Aí, foi lá. Chegou lá, a doutora foi, explicou pra ela o que que poderia acontecer. Poderia ter sido ela ter sentado em algum lugar ou coisas que... Na hora que... Lavando uma roupa ou botando no lugar, se tem animal dentro de casa e tal. Então, tudo pode acontecer uma inflamação. Ou um calor em um lugar que você sentou muito quente. Também acontece isso. Aí, explicou, tal. Aonde ela ficou mais tranquila. (GFU2)

Observa-se, no caso, que a demanda por informações não era por conteúdos ou conhecimentos técnicos, mas de elementos que pudessem aplacar as desconfianças da esposa. E, no contexto dos serviços de saúde, a cumplicidade é uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde visando garantir a comunicação de diagnóstico de IST a parceiros sexuais, seja para neutralizar eventuais conflitos conjugais, seja para garantir que o cônjuge possa ser diagnosticado e, se for o caso, tratado (SILVA; AYRES, 2009).

No exemplo apontado, diante da manutenção da desconfiança da esposa, mesmo com a justificativa apresentada pela médica, o depoente recorreu a outro discurso, comum em situações semelhantes, desta feita, colocando a própria parceira sob suspeita:

Aí, joguei a peteca pro lado dela. Eu falei: “Ué? Você tá me acusando. Quem sabe também você não pode ter sido a causadora da situação também. Você tá me acusando, eu também posso de te acusar”. Ela tá fazendo uma acusação sem ter prova e eu tô dando a solução pra ela, e ela não conseguiu mesmo assim através de um profissional da saúde se convencer. Aí, eu tive também que rebater. Educadamente rebater. Ela ficou ofendida, mas depois ela... Entendeu. Então, eu acho que é por aí. (GFU2)

Esgotadas as tentativas de argumentação técnica, a conformação tradicional de poder do homem no núcleo familiar, na qual tanto as mulheres quanto as crianças obedecem e reconhecem a autoridade do homem (GOMES et al., 2007), prevaleceu e encerrou o diálogo.

Os discursos acima ilustrados sugerem como, para além das informações técnicas, os homens buscam explicações, não propriamente para si, mas que possam justificar publicamente a IST, ainda que cultivem sentimentos de culpa em relação à infecção sexual.

A tônica na culpabilização daqueles que contraem doenças esteve e ainda é muito presente nas práticas de saúde e reverbera no cotidiano das pessoas,

sob as mais diversas formas, como nas campanhas de prevenção, centradas exclusiva ou majoritariamente na responsabilização do indivíduo, passando ao largo de outros contextos – sociais, políticos, programáticos – que concorrem para a sua saúde (MEYER et al., 2006). Basta examinar as campanhas contra o fumo, a dengue e mesmo as de prevenção ao HIV ou do caricato slogan dos anos 80: “se você não se cuidar, a aids vai te pegar”. Em parte, a introjeção dessa lógica pode esclarecer a preocupação dos homens em insistir na existência e busca de “outra” explicação para a IST.

Embora haja registro de que no passado as ISTs eram símbolo de virilidade do homem, pode-se dizer que hoje essas doenças estão no rol daquelas consideradas estigmatizantes, tal como a hanseníase, a tuberculose ou os distúrbios mentais.

A desacreditação decorrente de um diagnóstico de IST foi exemplarmente expressa em depoimentos de outro grupo focal, quando alguns participantes tomaram a iniciativa de relatar experiências envolvendo o diagnóstico de IST.

Eu peguei uma doença venérea uma vez. Aí... Lá em Mato Grosso. Vim pra cá trabalhar na casa de um senhor.... Aí eu achei que tinha que contar. Falei primeiro pra esposa dele. Ela me levou no médico, né? Tomei 14 benzetacil. Cancro. Peguei o cancro, cara. Eu peguei, achei que eu tinha que falar pra ele. Fui falar pra ele. Ele simplesmente falou assim: “Ó! Você vai ter que sair daqui da minha casa”. Pegou o meu colchão, juntou tudo e tacou fogo.”. (GFT3)

É interessante destacar que tal desfecho, afinal, acabou recebendo a anuência tanto dos demais participantes do grupo focal, que opinaram que ele havia “feito a coisa certa”, quanto do depoente que foi expulso:

Saí numa boa [...] Eu não fiquei, assim, brabo com ele, né? Aí, passou o tempo... Eu ... Me pus no lugar dele também, né? Eu falei... Não sei a atitude minha também como é que ia ser, né? Porque ele com a esposa dele lá, né? Os filhos pequenos, né? Usava o mesmo banheiro, né? Não tinha outro banheiro, não tinha nada, né? Aí, eu falei: “Ah, então...”. Normal. Passou. Um negócio que... Passou... Aconteceu, né? (GFT3)

Ao fenômeno da desacreditação da pessoa estigmatizada segue a anuência do desacreditado em relação a essa condição, reforçando essa marca que passa a ter feições identitárias (GOFFMAN, 1982; PARKER; AGGLETON, 2001). Não seria contra esse processo de estigmatização que se buscava abrir a possibilidade de haver outras formas de transmissão das IST? Se, por um lado, os homens talvez quisessem que as informações sobre transmissão de IST não fossem tão taxativas, por outro, no tocante à cura, especialmente do HPV e do herpes genital, tal expectativa se fez presente, embora não atendida. Questões como “nunca mais as

verrugas vão voltar?” ou “nunca mais terei essas feridas?” não poderiam mesmo se subsumir a peremptórios *sim* ou *não*, pois as respostas estariam na dependência do curso do tratamento ou mesmo da exposição a reinfecções.

Apesar da prudência em relação ao anúncio de cura, a expectativa de uma resposta prendia-se ao fato de que muitos dos informantes suspenderam ou evitavam as relações sexuais na presença de sinais de IST, talvez menos pelo risco de transmissão e mais pelo constrangimento diante das parceiras. E por isso a cura assumia particular interesse para os homens, para que pudessem retomar a vida, sem ter que dar explicações ou sofrer constrangimentos em função da presença de verrugas ou de feridas. Ou seja, a doença afetava seus “modos de andar a vida” (CANGUILHEM, 1978), urgindo a cura para o restabelecimento da normalidade.

Depreende-se do exposto que as informações técnicas acerca das ISTs, como formas de prevenção, transmissão e tratamento, não ocupam lugar preponderante dentre as preocupações dos homens, pois as necessidades apresentadas coadunam-se muito mais com os significados da doença e das consequências imediatas que podem trazer em suas vidas cotidianas, na relação com círculos familiares e de amizade e, em especial, na esfera conjugal.

Fontes de informação, internet e os itinerários terapêuticos

A identificação de sinal ou sintoma de IST foi feita, em geral, pelos próprios entrevistados; nos casos de HPV, alguns apresentavam as lesões desde a infância ou adolescência, mas somente foram tomadas como problema na fase adulta, sendo a preocupação com a estética e/ou temor de agravamento do problema os principais motivos para procurar ajuda médica.

[a verruga] Pra mim era normal. Eu carreguei ela... Sei lá! Como uma coisa minha... Né? Do meu corpo. Não tá me fazendo mal. Não tá... Então, foi indo e... Tanto que até hoje ela tá comigo, né? Eu quero agora que ela vá embora. Chega de mim! [sobre a motivação para procurar o médico] Se eu for sair com uma pessoa, Nossa Senhora! Ela não é tão feia, mas também... Eu tô... É porque eu tô acostumado com ela. Mas quem ver, vai falar: “Que negócio é esse? Logo aí uma verruga?” (Gilmar)

No percurso empreendido em busca de cuidado, houve clara opção por procurar serviços de saúde, tanto por parte dos homens com diagnóstico de IST, quanto por aqueles que, em tese, não se enquadravam nessa situação. Nos grupos focais, diante da situação hipotética de virem a ter um sinal/sintoma de IST, os participantes foram taxativos quanto à iniciativa de buscarem um serviço ou

profissional de saúde. A menção a remédios caseiros no tratamento de outras doenças, por alguns participantes dos grupos focais, foi prontamente criticada e alvo de reprovação pelos demais membros.

A maior parte dos entrevistados nos campos clínicos (13) tinha suspeita ou estava em tratamento de HPV, seguidos de casos de herpes genital, sífilis e gonorreia. Dois dos informantes, além do diagnóstico de HPV, eram soropositivos para o HIV: um em tratamento; outro, em abandono. Nenhum dos serviços nos quais estavam matriculados fazia o atendimento de HPV.

Considerando que, segundo a pesquisa da PCAP-2008 (BRASIL, 2011), cerca de 25% dos homens com suspeita de IST procuraram ajuda em farmácias, esperava-se que esse serviço se fizesse mais presente no itinerário dos homens entrevistados, mas apenas um deles citou esse recurso, em contexto em que o pai já mantinha relação de proximidade com o dono da farmácia. Talvez a impessoalidade imposta pelas grandes redes de drogarias nos grandes centros urbanos dificulte a aproximação e criação de vínculos de confiança para tratar dessas questões, aliada ao fato de que hoje em dia a fiscalização visando cumprir a exigência da presença do farmacêutico no estabelecimento é mais rígida, o que, ao menos em tese, coibiria as prescrições dessa natureza nas farmácias.

Relacionando as diferentes interpretações sobre doenças e o modo como se escolhe dentre várias alternativas terapêuticas possíveis, Kleinman (1978) propôs a análise dos itinerários terapêuticos tomando três subsistemas sociais a partir dos quais a enfermidade é vivenciada: profissional (medicina científica), *folk* (especialistas “não oficiais” como curandeiros e rezadores) e popular (automedicação, redes sociais e familiares).

A opção por buscar serviços de saúde ou de circunscrever a trajetória ao subsistema profissional, sem lançar mão dos demais, sugere ao menos dois entendimentos: um, seria o forte apelo à primazia do cuidado médico em relação a outras possibilidades. Outro, também associado à legitimação da prescrição médica, diz respeito ao receio de possíveis efeitos que resultassem em dano ao corpo, especificamente os genitais. Ao cogitar a utilização de medicamento que promete eliminar verruga, um depoente diz:

Eu ia comprar aquele... “Points”, que tira verruga. Esse que vende na televisão, tipo um cotonete que você pinga [...] mas ta especificando no comercial que é prá tirar verruga de braço, de perna, essas coisas. Pô, você vai lá, você vai botar uma coisa lá na sua região. Vai ficar vulnerável “lá”. Aí, vai que... danifica o negócio lá. Pô, aí eu vou

usar nada! Melhor vir aqui que tá tranquilo! Me deu vontade, não vou falar que não me deu (de usar o medicamento). Mas aí rola a insegurança. Tem que procurar um especialista quando tiver com esses problemas. (Marcelo).

Ainda que subliminarmente, o apelo para a automedicação ainda é evidente nas propagandas em geral, mesmo que alertando o consumidor para procurar um médico, caso não se obtenha resultados.² Entretanto, mais que a persistência dos sintomas, a antevisão de possibilidade de piora do quadro é que parece ter caracterizado a insistência em buscar ajuda médica, a despeito dos relatos de longa peregrinação para obtenção dessa ajuda.

Os apelos televisivos recomendando a busca de um médico diante de sinais e sintomas de IST, segundo os depoentes, são reforçados nos conteúdos acessados na *internet*, estimulando-os a buscar esse profissional. O problema é que tal indicação remete à busca por um médico urologista, o que parece ter dificultado a procura por cuidado, dada a especificidade e carência desse profissional na rede de serviços, sobretudo na rede pública de saúde.

Dentre as críticas ao modelo proposto por Kleinman (1978), aponta-se a perspectiva homogênea atribuída a cada um dos subsistemas, enfatizando as dimensões culturais, sobretudo no subsistema popular. Além disso, o fato de as fronteiras entre os subsistemas não serem rigidamente delimitadas e excludentes, gera dúvidas quanto à escolha de *um* dos subsistemas em um processo de escolha. A própria noção de escolha também é questionada, na medida em que as pessoas podem “engajar-se em processos terapêuticos sem saber, ou querer saber, sobre a lógica interna do sistema escolhido” (ALVES, 1993, p. 265).

A pluralidade de opções entre e em cada um dos subsistemas e a relação estabelecida entre eles, seja o profissional, o *folk* ou o popular, é alimentada por uma miríade de fontes como a disponibilização de informações e a capacidade de apreendê-las; existência de recursos e condições para acessá-los, além de normas e valores relacionados a classe social, sexo, idade e outros, que modelam expectativas de conduta em relação às diferentes patologias. Ou seja, “as reconstituições de casos de tratamento são fundamentalmente relatos de criação de redes sociais, de reagrupamentos, de constituições de laços frágeis, incertos, controversos” (ALVES, 2015, p. 39).

No universo simbólico das ISTs, a gravidade das mesmas é hierarquizada, fazendo com que o HIV ocupe o topo das preocupações, já que é significada

como de maior gravidade, em relação às demais ISTs, em função da inexistência de cura, mas sobretudo pelos possíveis impactos nas relações sociais.

[ao ter o diagnóstico de HPV] Ah! Aí eu fiquei doido. Eu fiquei maluco... eu ficava dentro de casa e nem conseguia dormir direito. Eu não sabia o que era direito, eu não tinha noção. Tinha momentos que eu ficava com vergonha de perguntar e ser uma coisa totalmente grave, de eu endoiar... eu já não dormia, não estava nem almoçando direito. [...] eu também eu coloquei muita coisa na minha mente, tipo assim, as piores doenças, as piores coisas que poderia ser que eu colocava na minha mente, minha mãe que ficava falando: “não é nada de mais não, fica tranquilo”. [...] *Eu achei que era alguma coisa ligada a Aids.* (Libane) – grifo nosso.

Antes do diagnóstico, como já apontado, as fontes privilegiadas de informações dos participantes da pesquisa foram palestras e, após o diagnóstico, eles contaram com as orientações dos profissionais de saúde. As mães também participaram do itinerário de alguns entrevistados, acionando os pais e outros familiares, na obtenção de informações. A rede de amizade, sobretudo a de homens, foi rechaçada como referência para compartilhamento do problema, pelo temor de preconceitos ou chacotas.

A única pessoa que sabe é primeiramente Deus, minha esposa e agora o médico e mais ninguém. Eu acho que esse tipo de coisa, eu acho que uma situação que não há necessidade de ficar rematando pra uns e outros. Porque muitos não têm aquela... como posso explicar pra senhora? Muitos não levam isso aí como uma coisa séria. Muitos querem levar na brincadeira e isso aí não é brincadeira. Existe determinadas doenças que não é brincadeira, aliás nenhuma doença se deve brincar mesmo que seja um simples resfriado não se deve brincar. Então é mais fácil... prefiro que a pessoa fique em sigilo porque na verdade é como diz o velho ditado: quem sabe a queimadura do fogo é a panela. [...] Existem pessoas que por mais que mostrem um lado solidário [...] Você comenta com fulano, fulano já fala “isso daí deve ter sido...”. Aí comentam com seu Ciclano outra coisa diferente, seu Ciclano já tá passando pro seu Beltrano aquilo e aquilo vai além e acaba frustrando o próprio paciente que vem precisar de apoio e ele acaba sendo frustrado por comentários alheios. Então o sigilo é importante. (Gabriel)

Os modos de acessar informações sobre a saúde podem, de um lado, conformar características mais “passivas”, como é o caso da população que recebe as informações dos programas de saúde, com diferentes estratégias, ênfases e conteúdos, a exemplo das campanhas de prevenção à aids, por meio televisivo, rádio, distribuição de folhetos educativos, tão presentes no bojo da resposta brasileira à epidemia. De outro lado, a identificação de sintomas ou sinais de anormalidade no genital pode provocar a iniciativa pessoal de buscar informações relacionadas ao problema, a partir do recurso a diferentes fontes, dentre as quais, a internet.

Tal fonte despontou como importante referência, tanto quando da suspeita do problema de saúde quanto após o diagnóstico. Mesmo sem fazer parte do roteiro de entrevista dos 18 entrevistados, 11, espontaneamente, referiram ter recorrido a esse meio, após o aparecimento de sinais ou do diagnóstico médico, sugerindo a pertinência do conhecimento de sua utilização, na compreensão dos itinerários terapêuticos dos homens com suspeita ou diagnóstico de IST.

Embora fizessem uso dessa tecnologia para troca de mensagens e participação em redes sociais, não tinham o hábito de pesquisar temas de saúde por esse meio, mas, diante de suspeita ou diagnóstico de IST, viram-se impelidos a consultar a *internet*, por iniciativa própria ou com a ajuda de familiares, pelo interesse em saber mais sobre a doença, notadamente, sobre os possíveis modos de transmissão e sobre as possibilidades de cura.

As perguntas que provocaram a consulta virtual, de certo modo, coincidiram com aquelas apontadas em estudo que se utilizou de *website* no qual a população dirigia questões sobre HPV: dentre as perguntas mais frequentes, figuraram aquelas em torno das formas de transmissão e do tempo para remissão espontânea do HPV (LEE et al., 2012). Essa recorrência tem levado muitos pesquisadores, inclusive os do citado estudo, a indicarem a necessidade de expandir as informações a respeito, valendo-se de diversificação de estratégias com essa finalidade. Entretanto, como já discutido, mesmo considerando a validade dessa indicação, é importante atentar para os sentidos da recorrência dessas questões, considerando o contexto em que ocorreram.

O uso da internet no âmbito da comunicação em saúde, como fonte de informações e conhecimento sobre doenças, tem sido objeto de estudos que têm abordado o assunto sob os mais diferentes aspectos (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012; LABACHER; MITCHELL, 2013; OLIVEIRA; GOLONIBERTOLLO; PAVARINO, 2013; DIAMANTIDIS; BECKER, 2014). E, diante da possibilidade de busca e acesso pessoais, a internet poderia ainda responder a dúvidas específicas dos usuários, ao contrário da comunicação em massa, voltada para públicos heterogêneos (SOARES, 2004).

Ao serem solicitados a prestar mais informações sobre *sites* pesquisados, disseram não recordar desse detalhe; alguns fizeram referências genéricas a “*Googles da vida*”. Os acessos incluíram imagens, vídeos e também a visualização de conversas sobre ISTs.³ Os critérios de busca também não foram explicitados,

mas incluíram termos como “doença sexualmente transmissível” e “verruga”, no caso dos homens com suspeita ou diagnóstico de HPV.

Como fonte de informações, a internet tanto suscitou tranquilidade a alguns dos depoentes quanto alarmou outros.

Eu sou muito curioso, então, se surgir alguma coisa, eu prontamente vou procurar saber o que é que é! Ou conversar com alguém... ou pesquisar na internet... Até hoje reclamam: “Ah, mas você não pode acreditar em tudo que a internet fala!” Mas não é tudo que você lê q você acredita, mas a gente tem que buscar conhecer, saber... [...] quando deu a entender que poderia ser o HPV prontamente eu já fui procurar o que é que era. Você já vê umas imagens chocantes, mas, no meu caso, como era perceptível o que estava acontecendo, então não me espantei tanto. Até mesmo por conta do tempo que tinha se iniciado... E depois mesmo quando eu vim para cá, e conversando com os médicos, vi que era algo que eu não precisava temer. (Lauro)

A internet me deixou mais desesperado ainda do que eu tava. Olhando a internet, eu ia acreditar que eu ia... Já ficar com câncer, que eu ia... E era isso que eu... Na minha ignorância, pensava... Ela me ajudou a conhecer um pouco, mas... No meu desespero... Só fez piorar. (João).

Um dia eu tava no banheiro assim, aí, eu fui e... E olhei assim. Aí, eu falei: “Pô! Isso aqui tá parecendo uma verruga”. Aí, no caso, eu fui, botei na internet “Doenças é... Sexualmente Transmissíveis”. Aí, foi, apareceu isso. Aí, tava aparecendo um pouco. Aí, ainda falei assim: “Poxa! Não é isso aí, não. Deve ser outra coisa”. Aí, eu fui e pesquisei de novo. Apareceu a mesma coisa. Aí, eu fiquei desesperado! Eu falei: “Cara...”. Não aguentava mais, comeci a chorar... Querendo quebrar as coisas, desesperado por causa que eu tava com vergonha de contar pra todo mundo. Contar, contar... (Vagner)

Embora não se possa nem se tencione estabelecer relações de causalidade, é interessante registrar que o contexto conjugal, no caso de Lauro, era favorável à comunicação do seu diagnóstico ao parceiro conjugal. Segundo o depoente, pelo fato de esse parceiro ser biólogo e ter informações sobre o HPV e de ter ciência de que havia tido outros parceiros sexuais, sem uso de preservativo.

[a relação conjugal] Não, não mudou. Acho que justamente pelo fato de ele ter conhecimento de causa e eu ter contado algumas experiências... então ele entendeu. Por ele já ter conhecimento da situação e ele também explicando, então não vi mudança. Pelo contrário, acho que fortaleceu ainda mais. Não vi nenhum problema relacionado a isso. (Lauro).

No caso de João, parece ter pesado o fato de que o diagnóstico de IST foi acompanhado dos potenciais julgamentos morais de sua família, de certo modo, também autoimpostos:

Estava assustado com a doença... E com o preconceito com a DST também, né? Acho que já é alguma coisa que tá incutida na... No nosso meio da sociedade, mas, no meu caso, agravava... Assim, porque eu sou de família... Religiosa. E... A gente liga... DST a... Como que eu posso dizer? ... É uma pessoa... Sem pudor, sem... (João).

Já a apreensão das informações da internet, para Vagner, foi seguida da intenção de não revelar o diagnóstico à namorada, não obstante a orientações a respeito. A comunicação só foi realizada após o profissional de saúde acenar com a possibilidade da infecção ser transmitida por outras vias, que não apenas a sexual:

Ele [médico] falou das coisas e tal, que eu tinha que contar pra namorada. Parece que isso pode... Mesmo eu não tendo relação com ninguém assim, eu possa passar por cueca, essas coisas, pro meu pai, minha mãe, meu irmão. Aí, eu fui e me animei, e conversei com minha namorada. Aí, ela foi, falou assim: “Ah, eu vou lá me tratar também”. (Vagner).

Considerando que os *sites* de busca populares como Google e Yahoo mantêm padrões parecidos de resultados, as diferentes apreensões e reações dos depoentes sugerem como a diversidade de contextos de vida, incluindo religião, família, conjugalidade, pode contribuir na construção dos seus itinerários, desde o momento da identificação do sinal/sintoma como um problema até a procura por cuidado e compartilhamento da situação com o/as parceiros/as sexuais.

Pode-se falar em convergência de itinerários entre os informantes, mesmo apesar da distância geográfica entre os serviços de saúde em que eram atendidos. Apesar da menção ao sistema profissional como escolha para o cuidado em relação a suspeita ou tratamento de IST e seu lugar de destaque nos itinerários percorridos pelos entrevistados, a informação sobre a existência dos serviços em que efetivamente foram acolhidos se deu por vias não formais. Em nenhum caso, o encaminhamento foi feito pelos sistemas formais de regulação de vaga nem mesmo nos *sites* da internet; essa informação partiu de parentes ou conhecidos que já sabiam dessas referências ou mesmo de profissionais de saúde ou da recepção de unidades de saúde, que sugeriram buscar os serviços especializados.

Quanto às informações sobre locais de atendimento de ISTs, observa-se que as primeiras páginas dos principais *sites* populares não disponibilizam orientações objetivas a respeito, restringindo-se a algumas clínicas privadas ou ao jargão “procure o seu médico” (FREITAS et al., 2015). De um modo geral, a internet pareceu uma alternativa ao compartilhamento do problema com amigos e familiares, com a vantagem de permitir o sigilo, não obstante o fato de que seu potencial de esclarecimento seja dependente das necessidades oriundas dos diversos contextos de vida dos homens acometidos por IST e de suas capacidades e habilidades de utilização desta ferramenta.

Considerações finais

A despeito de elegerem o sistema profissional como o mais adequado para o problema de saúde e das dificuldades para encontrarem um serviço de saúde que acolha suas demandas, o fato de não utilizarem esse recurso para buscar orientações a respeito é digno de levantar suspeitas tanto em relação aos objetivos das pesquisas quanto à habilidade dos seus usuários para efetuá-las.

Ainda que com a vantagem de proporcionar sigilo na busca de orientações sobre ISTs, a internet, a exemplo de outras fontes de informações, restringe-se a conteúdos técnicos e clínicos, o que nem sempre corresponde às expectativas e necessidades dos homens com suspeita ou diagnóstico dessas infecções.

Nos itinerários terapêuticos, a internet foi um interlocutor sigiloso, porém, surdo em relação às demandas extrabiológicas dos entrevistados. No rol dos critérios de qualidade dos *sites* de saúde na internet (OLIVEIRA et al., 2013), ao lado de itens como a credibilidade e conteúdo, talvez o cuidado com a interatividade tenha o potencial de dar conta dessas demandas. Outra barreira nas buscas na internet talvez seja a inabilidade dos informantes em lidar adequadamente com esse recurso.

Esse problema toca de perto o debate sobre inclusão digital e cidadania digital (PATROCÍNIO, 2008) na medida em que, certamente, apenas o acesso à rede não garante a autonomia para a realização das buscas. Esta exige, para além da alfabetização (nem sempre consolidada), um conjunto de condições que passam pela habilidade para formular descritores capazes de resultarem em conteúdos relevantes, que atendam a suas necessidades, até a capacidade de ler criticamente esses conteúdos, no sentido de avaliá-los.

Do conteúdo digital, que parece reproduzir o discurso biomédico, às expectativas e inquietações dos homens com suspeita ou diagnóstico de IST, há uma lacuna cujo conhecimento merece ser aprofundado. Como aproximar o conteúdo da internet no diálogo entre usuários e profissionais? Quais as possibilidades de romper com as barreiras impostas pelo estigma, nos itinerários de cuidado à saúde? A fecundidade da internet merece ser explorada em sua potencialidade, aproximando o quanto possível seu conteúdo aos interesses práticos dos sujeitos, do seu mundo cotidiano.⁴

Referências

- ALVES, P.C.A. experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 263-71, 1993.
- ALVES, P.C.A.; SOUZA I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO M.C., ALVES P.C.B.; SOUZA I.M. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- ALVES, P.C.A. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, n. 42, p. 29-43, jan/jun 2015.
- ARAUJO, M.A.L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2008.
- BARBOSA, R.G. et al. Conhecimento sobre DST/aids, Hepatites e conduta sexual de universitários de São José do Rio Preto, SP. *DST – J bras Doenças Sex Transm.*, v. 18, n. 4, p. 224-30, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRÊTAS, J.R.S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 3, p. 551-7, 2009.
- CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*, v. 16, p. 4433-42, 2011.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 1978.
- COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010.
- DIAMANTIDIS, C.J; BECKER S. Health information technology (IT) to improve the care of patients with chronic kidney disease (CKD). *BMC Nephrol.*, v. 15, n. 7, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893503/pdf/1471-2369-15-7.pdf> >. Acesso em: 20 fev. 2015.
- DORETO, D.T.; VIEIRA, E.M. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2511-16, 2007.
- FREITAS, H.A. et al. “Procure o seu médico”. Internet como fonte de referências para diagnóstico e tratamento de DST em homens. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 11., *Anais...* Goiania: Abrasco, 2015. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=3178&ano=&ev=#menuanais>. Acesso em: 10 jan. 2016.

GOFFMAN, I. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOMES, N.P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. California: Regents, 1980.

LABACHER, L.; MITCHELL, C. Talk or text to tell? How young adults in Canada and South Africa prefer to receive STI results, counseling, and treatment updates in a wireless world. *J Health Commun.*, v. 18, n. 12, p. 1465-76, 2013.

LEE, S. et al. What Questions do People Ask on a Human Papillomavirus Website? A Comparative Analysis of Public and Private Questions? *Int. J. Med. Sci.*, v. 9, p. 142-47, 2012.

MEYER, D.F.; VALADÃO M.M.; AYRES J.R.C.M. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1335-42, 2006.

MORETTI, F.A.; OLIVEIRA, V.E.; SILVA, E.K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev. Assoc. Med. Bras*, v. 58, n.6, p. 650-58, 2012.

OLIVEIRA, F.; GOLONI-BERTOLLO, E.M.; PAVARINO, E.C. A Internet como fonte de Informação em saúde. *J. Health Inform.*, v. 5, n. 3, p. 98-102, 2013.

ORLANDI, E.P. A materialidade do gesto de interpretação e o discurso eletrônico. In: DIAS, C. (Org.). *Formas de mobilidade no espaço e-urbano: sentido e materialidade digital* [online]. Série e-urbano. V. 2, 2013. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/livroEurbano/volumeII/index.php>. Acesso em: 07 jan. 2016.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS, 2001 [Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, 1].

PATROCÍNIO, T. Para uma genealogia da cidadania digital. *Educação, Formação & Tecnologias*, v. 1, n. 1, p. 47-65, 2008.

PÊCHEUX, M. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas: Pontes Editores, 2006.

PINHEIRO, T.F.; COUTO, M.T.; NOGUEIRA DA SILVA, G.S. Questões de sexualidade masculina na atenção primária: gênero e medicalização. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 38, p. 845-58, 2011.

SILVA N.E.K.; AYRES J.C.R.M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, 2009.

SILVA, N.E.K; SANCHO, L.G. O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 17, n. 45, p. 463-71, 2013.

SOARES, M.C. Internet e saúde: possibilidades e limitações. *Textos de la Cibersociedad*, Barcelona, v. 4, 2004.

TRAD, L. A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-96, 2009.

VARGAS, E.P. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saude soc.*, v. 19, n. 1, p. 135-146, 2010.

Notas

¹ Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos - 2008.

² Expressa na frase “ao persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado”, conforme a Resolução n.º. 102/2000, regulamentando “as propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão”.

³ O teor dos comentários sugere que foi visualizado site do *Yahoo Answer*, onde são postadas perguntas, que são respondidas livremente pelos internautas.

⁴ N.E.K. e Silva foi responsável pela concepção, redação e análise do artigo. H.A.G. de Freitas e L.G. Sancho colaboraram na revisão e análise crítica do artigo.

Abstract

From information's assimilation to men's therapeutic itineraries of men with or suspect of sexually transmitted diseases. The internet in focus

This paper aims to explore how men, in the presence of suspect or diagnosis, can assimilate information about sexually transmitted diseases (STD) and how this comprehension can integrate with their therapeutic itineraries. This study is part of a larger research about the access to diagnosis and treatment of STD (excluding HIV/Aids). It involved 18 individual in-depth interviews with men attending in health services, and four focus groups with service workers. All participants have access to information on STD by lectures and campaigns, especially about Aids. Information has different meanings when there is lack of signs/symptoms or when there is the presence of STD's: feeling of invulnerability or doubts, fears and shame, respectively. The secrecy that internet can provide became a prime source of information when there is a suspicion/diagnosis of STD, but this information can reproduce the biomedical discourses, and do not give answers able to mitigate moral judgments and STD's stigma. Men choose the doctor as the mainly way of treatment and care, which justifies the persistence to look for health care services. Besides the range of services, it seems seasonable that information follows health communication, according to the population's needs, and digital inclusion can be synonymous with digital citizenship.

► **Key words:** communication & health; therapeutic itineraries; sexually transmitted diseases; internet.