



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MILENA OLIVEIRA DOURADO VASCONCELOS

**A COMPREENSÃO MASCULINA SOBRE SEXO E SEXUALIDADE: INFLUÊNCIA
NA VIDA E NA SAÚDE**

CUITÉ
2015

MILENA OLIVEIRA DOURADO VASCONCELOS

**A COMPREENSÃO MASCULINA SOBRE SEXO E SEXUALIDADE: INFLUÊNCIA
NA VIDA E NA SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, para análise e parecer com fins de realização de Trabalho de Conclusão de Curso e obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

V331c Vasconcelos, Milena Oliveira Dourado.

A compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde. / Milena Oliveira Dourado Vasconcelos. – Cuité: CES, 2015.

123 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Saúde do homem. 2. Sexo. 3. Sexualidade. I. Título.

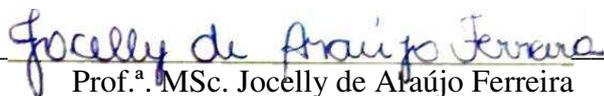
CDU 614-005.1

MILENA OLIVEIRA DOURADO VASCONCELOS

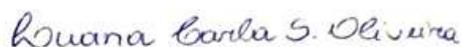
**COMPREENSÃO MASCULINA SOBRE SEXO E SEXUALIDADE: INFLUÊNCIA
NA VIDA E NA SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DE APROVAÇÃO ___/___/___



Prof.^a. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande



Prof.^a. MSc. Luana Carla Santana Oliveira
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande



Prof.^a. Dr.^a. Wilma Dias de Fontes
Avaliadora Externa
Universidade Federal da Paraíba

Cuité-PB, 05 de novembro de 2015.

Dedico esta pesquisa aos dois seres mais iluminados que tive o privilégio não somente de conhecê-los, mas de tê-los como pais. A minha querida mãe, **Helena Maria**, pessoa de esplendorosa graça e ternura, e que sabiamente soube conduzir-me por um caminho sensato, tendo sempre como exemplo seus ensinamentos e testemunho de vida, levando-me a enxergar as pessoas como seres únicos e valorosos, cada um dentro de suas singularidades. Tendo como base essa mulher forte e batalhadora, que além depositar em mim confiança, força e fé, acreditou no meu sonho vocacionado pela Enfermagem. Ao meu amado pai, **Milton Dourado** (in memoriam), pela sua capacidade de ser paciente e presente em minha vida mesmo estando longe de casa, pelo imenso amor, carinho, compreensão e amizade, pelos abraços apertados quase nunca sem fim, pelos sorrisos sinceros, pelos olhares de paz e pela segurança transmitida. Pai mesmo não estando mais aqui sabe que estás feliz, pois o meu sonho se torna realidade.

Obrigada meus amores! Essa conquista é nossa, pois sem vocês eu não chegaria até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao **Deus** todo poderoso criador do universo e senhor da minha vida, sejam dadas toda honra e glória, pois mesmo antes que eu fosse gerada no ventre da minha mãe, já tinha traçando meus caminhos, com ideais e sonhos bem maiores e melhores que os meus. Não existem palavras suficientes para eu agradecer tamanha generosidade do senhor para comigo, revelando-me que para tudo existe um propósito, que muitos são chamados mais poucos são escolhidos, e que ele não escolhe capacitados, mas que capacita os escolhidos.

A minha amada **Helena Maria**, que como próprio nome diz “senhora soberana reluzente”, um ser iluminado. É tão fácil te amar e ser grata a ti, primeiro por ter me gerado e permitindo que fluísse o dom da vida, depois por ser uma mãe, amiga, confidente, cúmplice, por estar presente mesmo na distância, pela tamanha generosidade, por ser esse ser bondoso, pela alma nobre, por ser forte sem perder a ternura, mesmo que eu agradecesse todos os dias, ainda não seria suficiente. Lembro-me quantas vezes quis desistir do curso, mas a senhora com sua sabedoria me mostrou que os obstáculos são impostos para serem vencidos. Obrigada meu amor, nós vencemos.

Ao meu honroso pai **Milton** (*in memoriam*) pessoa de caráter invejável, inteligente, amoroso e de fé. Serei eternamente agradecida pelos ensinamentos, pela amizade, apesar de não está lhe vendo, ou falando fisicamente com o senhor, te sinto sempre muito perto, me protegendo, me fortalecendo, e sei que está tão feliz quanto eu com essa nossa conquista, pois sempre me apoiou principalmente na escolha do meu curso. Te amo tanto paizinho que nunca saberei descrever esse amor incondicional que nos une, um sentimento que vai além deste plano terrestre, que me acalma e conforta todos os dias, me dando força para prosseguir com os meus ideais.

Ao meu namorado **Luís Fernando**, pela compreensão, carinho, pela imensa capacidade de compreensão, paciência e por me amar.

A minha **Família** que mesmo estando em outro estado sempre fizeram questão de estarem presentes em minha vida seja com orações, ligações, e-mails, contribuições financeira. Gostaria de agradecer, em especial, aos meus lindos irmãos **Moises, Mateus, Marcos**, e as minhas amadas irmãs **Cristina, Catarina e Priscila** pelas demonstrações de carinho e afeto diário, pela preocupação, por me mostrar que família tem suas desavenças, mas que no final somos todos uns pelos outros, que o respeito e amor que nutrimos são mais fortes do que os

laços sanguíneos que carregamos. Amo muito cada um e receber o amor dos seis me faz muito mais forte.

Aos meus Sobrinhos **Lucas Ferreira, Lorrان Ferreira, Luana Ferreira, Alisson Batista, Wuanderson Willian, e Pâmela Sabrina**, por todo carinho e paciência dispensados. Tia ama demais esses meus lindos, fofos, gentis e amáveis. Vocês são presentes preciosos que o senhor Jesus me deu.

As minhas queridas primas **Valéria Kelly e Sulema Loula**, por me amarem tanto, por serem minhas irmãs de alma, pela confiança em mim depositada, e principalmente pela amizade sincera. Não tenho palavras para descrever o quão são especiais para mim.

As minhas amigas e irmãs de coração **Keúry Guimarães, Camila Loiola, Daniele Lima, Sara Oliveira, Nereide Serafim, Monique Karlly, Maria Rosely, Luangela Carla, Lais Moreira, Rayane Fernandes, Luana Medeiros, Monnalina Santos e Nayda Babel** que sempre me apoiaram, com amizade sincera conquistada, e construída ao longo de anos, seus incentivos e conselhos, me ajudaram e me fortaleceram durante essa jornada de vida dentro e fora da universidade, pois sempre que necessitei de ajuda eu obtive, sem hesitarem me deram sorrisos, abraços, compreenderam meus momentos de ausência e sem cobranças me ajudaram a chegar até aqui, amo demasiadamente.

A minha **Turma 2014.2** por compartilharmos dos desafios, dos saberes, de alegrias, das tristezas, durante esses cinco longos anos do curso, por cada um oferecer o seu melhor para que todos alcançassem seus objetivos. Apesar da tamanha saudade que irei sentir de todos, o sentimento de dever cumprido se faz maior, pois não existe nada que possa expressar a tamanha alegria de saber que os nossos esforços não foram em vão, e que com certeza seremos profissionais que iremos fazer a diferença no nosso campo de trabalho.

A minha amada e linda orientadora **Jocelly Ferreira**, como eu poderia descrever minha eterna gratidão à pessoa que foi responsável, não somente pela contribuição no meu crescimento enquanto acadêmica, mas como pessoa. Sempre conseguiu que eu extraísse o melhor de mim, me fez enxergar que eu escolhi a profissão correta. Muitíssimo obrigada pela sua capacidade de ser coerente enquanto mestre, orientadora, amiga, e confidente, sem perder a leveza do ensinar e de transmitir seus conhecimentos, esses que eu jamais irei esquecer que levarei comigo onde quer que eu vá. Pessoa de índole admirável, um profissional exemplar na técnica e no conhecimento, que chama atenção não somente por todos esses atributos, mas pelas qualidades enquanto pessoa, que conseguiu ser tudo isso, sem perder sensibilidade do

verdadeiro gesto do cuidar. Muito obrigada! É impossível não tê-la em meu coração de forma especial.

Ao **Programa Institucional de Voluntários (PIVIC)**, representado pela **professora Maria Benegelania Pinto** e intitulado pelo Conhecimento de adolescentes e jovens do ensino fundamental sobre saúde sexual e reprodutiva, que me permitiu um olhar mais abrangente enquanto acadêmica e futura profissional de saúde sobre essas questões que ainda são vistas como um tabu pela sociedade.

A **monitoria de Saúde do Homem**, que me fez conhecer o universo masculino e permitiu que eu me apaixonasse pelas temáticas apresentadas pela disciplina, despertando em mim o interesse de trabalhar com um assunto que existe desde os primórdios da sociedade e que ainda é corretamente abordado.

Ao corpo **Docente** do curso de Bacharelado em Enfermagem, por todos os ensinamentos repassados durante esses seis anos, e ao **Centro de Educação em Saúde (CES)**, que de forma direta ou indireta contribuiu significativamente para minha formação acadêmica.

A **Banca Examinadora** por todas as valiosas contribuições, pois com certeza enriqueceu grandemente a minha pesquisa.

À **Secretária Municipal de Educação de Cuité-PB** pela boa receptividade e por permitir o desenvolvimento da minha pesquisa. Em especial, a coordenadora da secretaria de educação **Micheline Palmeira Furtado Andrade**, pelo apoio e disposição sempre que me foi necessário.

As **Escolas de Ensino para Jovens Adulto** e aos **Alunos** do município de Cuité-PB, que dispuseram do seu tempo para que essa pesquisa fosse concretizada, através de sua participação voluntária. Muito obrigada a todos!

“Alguns se preocupam com suas roupas; outros, com suas jóias e, ainda outros, com sua imagem social. Mas qual é o nosso maior tesouro? O que deveria ocupar o centro de nossas atenções? O carro, a casa, o trabalho, o dinheiro, as roupas, as viagens? Não! A vida! Sem ela, não temos nada e não somos nada. E sem qualidade de vida, ainda que estejamos vivos, não temos sentido encanto, saúde e prazer de viver.”

(Augusto Cury, 2007)

RESUMO

VASCONCELOS, M.O.D. **Compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde.** Cuité, 2015.123f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)-Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação em Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

Durante muitos anos, acreditava-se que a saúde era meramente a ausência de doenças, baseada no modelo médico, com fins curativos. Com o decorrer do tempo foi criada a Atenção Primária à Saúde e posteriormente a Estratégia Saúde da Família que visava atender os grupos específicos da sociedade, mediante essa finalidade, o Ministério da Saúde criou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Permeado por esse cenário, é fundamental que as necessidades humanas básicas masculinas sejam atendidas e dentre elas destaca-se o sexo e a sexualidade que ainda é considerado como uma temática de difícil reflexão e para tanto, faz-se necessário abordá-la como contexto de Educação Sexual no ensino tradicional, incluindo os regulares e o Ensino de Jovens e Adultos. Com isso, o objetivo geral desta pesquisa foi: Avaliar os aspectos comportamentais do sexo e da sexualidade masculina e a sua influência na procura pelos serviços de atenção primária à saúde. A revisão de literatura deste estudo subdividiu-se em três capítulos, a saber: A criação da Atenção primária à saúde: uma estratégia para potencializar os cuidados com a população; O Sexo e Sexualidade masculina nos diversos contextos sociais e de saúde e A Educação de Jovens e Adultos: um cenário de lacunas no âmbito de saúde, destacando-se o sexo e a sexualidade. Metodologicamente este estudo foi de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e amostragem censitária, realizado com os alunos do sexo masculino, matriculados no Ensino de Jovens e Adultos do município de Cuité-Paraíba. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado com abordagem clara e direta, referente à temática estudada. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, atendeu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande sob o CAAE N°40360214.3.0000.5182. Os resultados obtidos evidenciaram que a maioria dos entrevistados são adultos jovens (30,1%), estudantes (31,8%) e agricultores (25,7%) com baixo nível de escolaridade, sendo em sua maioria casados (31,1%). Os mesmos ainda afirmaram conhecer sobre sexo (100%), no entanto não sabem o que é sexualidade (69,9%), mesmo sendo sexualmente ativos (95,1%), e tendo iniciado as práticas sexuais de modo precoce aos 12 anos de idade (19,4%). Dentre os muitos achados relevantes destacam-se as práticas sexuais com múltiplos parceiros (43,7%) e de forma desprotegida (65,7%). Portanto o presente estudo traz informações relevantes no que diz respeito ao conhecimento dos homens sobre sexo e sexualidade, bem como dos problemas que inviabilizam os mesmos de procurarem pelos serviços de atenção primária para tratar dessa temática. Nesse contexto nota-se a relevância ímpar da educação sexual nos sistemas de ensino da Educação para Jovens Adultos destacando o profissional enfermeiro, que deve ser atuante no Programa Saúde na Escola juntamente com a equipe multidisciplinar, para ajudar a população masculina a exercer suas atividades sexuais de forma segura e consciente.

Palavra-chave: Saúde do Homem, Sexo, Sexualidade, Atenção Primária à Saúde, Educação.

ABSTRAC

VASCONCELOS, M.O.D. **Men's understanding of sex and sexuality: influence on life and health.** Cuité, 2015.123f. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - Academic Unit of Nursing, Health Education Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

For many years it was believed that health was merely the absence of disease, based on the medical model with healing purposes. With the passage of time was created the Primary Health Care and later the Family Health Strategy which aimed to meet the specific groups of society through this purpose, the Ministry of Health created in 2008 Attention National Policy Integral to Health Man. Permeated by this scenario, it is essential that the basic human needs men are met and among them stands out gender and sexuality that is still regarded as a thematic difficult to reflection and to this end, it is necessary to approach it as context Sexual education in traditional education, including the regular and the Youth and Adult Education. Thus, the general objective of this study was to evaluate the behavioral aspects of sex and male sexuality and its influence on the demand for primary health care services. The literature review of this study subdivided into three chapters, namely: The creation of the Primary Health Care: a strategy to enhance the care of the population; Sex and Male sexuality in different social contexts and health and the Youth and Adult Education: a backdrop of gaps in the health context, with emphasis on sex and sexuality. Methodologically this study was descriptive, with quantitative approach and census sampling conducted with male students enrolled in the Youth and Adult Education in the city of Cuité-Paraíba. As a tool for data collection, we used a structured questionnaire with clear, straightforward approach, referring to the subject studied. Because it is a study involving human subjects, attended 466/12 Resolution of the National Health Council and was approved by the Ethics Committee and research of the Federal University of Campina Grande in the CAAE No. 40360214.3.0000.5182. The results showed that most respondents are young adults (30.1%), students (31.8%) and farmers (25.7%) with low levels of schooling, and mostly married (31.1%). They assert even know about sex (100%), however do not know what is sexuality (69.9%), despite being sexually active (95.1%), and having started the sexual practices of timely initiation to 12 years old (19.4%). Among the many important findings stand out sexual practices with multiple partners (43.7%) and unsecured form (65.7%). So this study provides information relevant with regard to the knowledge of men about sex and sexuality, as well as problems that prevent them from seeking the primary care services to address this issue. In this context we note the unique importance of sex education in the school systems of Education for Young Adults highlighting the nurse, who should be active in the School Health Program together with the multidisciplinary team, to help the male population to engage in sexual activity safely and conscientiously.

Keywords: Human Health, Gender, Sexuality, primary health care, education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo faixa etária, número de filhos, número de pessoas que residem na casa incluindo o estudante, estado civil, renda familiar e participação na renda familiar. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	52
Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo quem mora na casa do estudante e profissão /ocupação Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	56
Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo as variáveis sexo, sexualidade, início e vida sexual ativa. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	59
Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sua utilização. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	64
Tabela 5- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a frequência e os parceiros nas relações sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	78
Tabela 6- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a quantidade e o tempo de relacionamento com os parceiros sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a influência para o início da atividade sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 62
- Gráfico 2-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a experiência de engravidar alguma parceira. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 67
- Gráfico 3-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 69
- Gráfico 4-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o contágio com alguma infecção sexualmente transmissível. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 71
- Gráfico 5-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a frequência da busca pelos serviços de atenção primária à saúde, no contexto da sexualidade. Cuité/PB, em Jun.de 2015..... 72
- Gráfico 6-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os motivos que impedem a procura dos serviços de atenção primária à saúde, no contexto da sexualidade. Cuité/PB, em Jun.de 2015..... 74
- Gráfico 7-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o tipo de orientação sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 76
- Gráfico 8-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os tipos de práticas sexuais adotadas. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 82
- Gráfico 9-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o hábito de realizar alguma preliminar antes das atividades sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 84
- Gráfico 10-** Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os hábitos de higiene e a aparência física nas relações sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015..... 85

Gráfico 11- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os medos na relação sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	86
Gráfico 12- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o hábito de conversar com algum profissional de saúde sobre sexualidade. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	88
Gráfico 13- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a satisfação com a vida sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015.....	89

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIDS– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- EJA – Educação de Jovens e Adultos
- EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
- ESF – Estratégias de Saúde da Família
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- LGBTTIQ – Lésbico, Gay, Bissexual, Transexual, Transgênero/Travesti, Intersexual e Queer
- MS – Ministério da Saúde
- MEC – Ministério da Educação
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PIVIC – Programa de Institucional de Voluntários de Iniciação Científica
- PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- PNPS – Programa Nacional de Promoção à Saúde
- PS – Promoção à Saúde
- PSE – Programa Saúde nas Escolas
- PSF – Programa Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAENF – Unidade Acadêmica de Enfermagem

UBSF– Unidade Básica de Saúde da Família

UNICEF – United Nations Children's Fund- Fundo das Nações Unidas Para Crianças

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	25
GERAL	26
ESPECÍFICOS	26
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
4.1 A CRIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR OS CUIDADOS COM A POPULAÇÃO.	28
4.2 AS PRÁTICAS SEXUAIS E A SEXUALIDADE MASCULINA NOS DIVERSOS CONTEXTOS SOCIAIS E DE SAÚDE.	33
4.3 A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS: UM CENÁRIO DE LACUNAS NO ÂMBITO DE SAÚDE SEXUAL.	40
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
5.1 TIPO DE PESQUISA	46
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA	46
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	47
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	47
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	48
5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	48
5.7 PROCESSAMENTOS E ANÁLISE DE DADOS	49
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
6 RESULTADOS E DISCURSSÃO.....	51
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA E DEMOGRÁFIA	52
6.2 DEFNIÇÃO DO CONECIMENTO SOBRE SEXO E SEXUALIDADE E A INFLUENCIA NA SAÚDE	58
6.3 IDENTIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL E A INFLUÊNCIA NA SAÚDE.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES.....	109
ANEXOS	118

1 INTRODUÇÃO



Fonte: Internet, 2015.

Historicamente é visível que existe uma discussão da perspectiva de gênero no âmbito da assistência à saúde, baseada nas inúmeras diferenças entre os sexos, inclusive em relação aos cuidados de saúde, levando ainda em consideração os agravos sofridos pelos homens, estes que tão pouco fazem parte das populações usualmente mais assistidas nos serviços de atenção primária à saúde, diferentemente das mulheres, passando a concentrar o uso da assistência quando acontecem situações extremas de urgência, emergência ou em nível especializado (MOURA et al., 2014).

Os homens passaram a adotar conceitos de resistência masculina, desde os primórdios até a contemporaneidade, relacionadas, sobretudo, à posição que ocupam na hierarquia de gênero, a fim de não serem comparados com as mulheres. Essa definição sobre a sua masculinidade e suas repercussões em relação à vida, origina-se, mais especificamente, das próprias barreiras socioculturais, institucionais e do estereótipo de gênero.

Como resultado desta forma de visualizar-se, a população masculina adocece, pois se observa, entre eles, diversas barreiras de acesso aos serviços assistenciais, como os horários de atendimento que não facilitam a assistência, o tempo gasto na espera da assistência, a equipe multiprofissional que na maioria das vezes é composta por mulheres e as insuficientes atividades direcionadas à população masculina (FERREIRA; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014).

Neste contexto é notório que os homens possuem uma maior dificuldade na busca por uma Atenção Primária à Saúde (APS) e veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Por vezes, estes homens reconhecem que existem formas de promoção à saúde e prevenção de doenças, mas consideram desnecessárias, só admitindo que precisam cuidar da sua saúde, quando de fato, se apresentam doentes, ou com intercorrências graves, bem como impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador (SILVA, 2012).

Refletindo a respeito da totalidade do cuidar, compreende-se que a saúde não é simples ausência de doença, mas um completo bem estar físico, social e mental. Dessa forma a APS é essencial e requer uma série de cuidados específicos, despertando atualmente para uma assistência, além do secundário, mas primordialmente primária, promovendo qualidade de vida nos níveis de prevenção e promoção, com base no desenvolvimento humano, social e econômico dos cidadãos (BRASIL, 2011).

Nesse sentido é perceptível que a saúde do homem que outrora não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, passou a ser vista com uma maior atenção, gerando a imprescindibilidade de um cuidado específico para este grupo, passando a ser considerado como uma das primazias do governo nos últimos anos, levando o Ministério da Saúde (MS) a implantar em 2008, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujo

objetivo é atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais, tendo em vista que a saúde é um direito social básico e de cidadania (FONTES et al., 2011).

Com o propósito estratégico, a PNAISH é destinada a quase 40 milhões de homens na faixa etária de 25 a 59 anos, representando de maneira significativa um importante papel no panorama sociocultural e político do país. O MS alinhou a PNAISH com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conjecturada como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculada aos demais níveis da Atenção Primária à Saúde (APS) (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

O SUS e a PNAISH garantem de maneira mais segura que o homem receba um cuidado absoluto, através dos seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade nas ações e serviços; humanização e qualificação da atenção à saúde garantindo pela promoção e pela proteção dos seus direitos; bem como orientação aos homens, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, o tratamento e a recuperação das enfermidades masculinas (COUTO et al., 2010).

Todavia, o SUS e a PNAISH apenas reforça o que prevê a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, quando diz ser a saúde um direito de todos e um dever do estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que busquem a redução de doenças e outros agravos e a equidade das ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação do indivíduo (SCHRAIBER, 2010).

Dando continuidade à validação desses cuidados, a Declaração de Direitos Humanos, resguarda o indivíduo e o protege contra qualquer tipo de dano, asseverando que suas necessidades humanas básicas sejam atendidas, dentre eles estão: as biológicas, as psicológicas, as sociais e as espirituais. Mediante a proteção das necessidades humanas básicas dos homens, encontra-se aquela preservada pelos direitos sexuais, sendo estas merecedoras do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutivo, a educação da sexualidade, a saúde sexual satisfatória, segura e prazerosa (BRASIL, 2011).

Perante as situações apontadas, é entendido que o homem tem necessidades particulares e específicas, em que é possível identificar que dentre elas, destacam os aspectos relacionados ao as praticas sexuais e a sexualidade, sendo vistos não só como um fator intrínseco ou fisiológico, mas como um direito assegurado e resguardado por leis, que defendem e confirmam que ambos fazem parte do equilíbrio e da qualidade de vida do ser humano.

Sendo assim, compreende-se que o sexo é um dado físico-biológico, marcado pela presença do aparelho genital e por outras características fisiológicas que diferenciam os seres

humanos entre homens e mulheres. Enquanto que a sexualidade refere-se ao dado sexual definido pelas práticas erótico-sexuais, nas quais as pessoas se envolvem e apresentam orientação classificadas em heterossexuais, homossexuais e bissexuais. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressadas, podendo ser influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (PINHEIRO et al., 2011).

Por numerosas vezes e em diversos meios, o sexo e a sexualidade não são vistos como algo positivo e saudável, mas sim com uma imagem atrelada às práticas sexuais inseguras, precoces, ou promiscuas, inscrita no campo biomédico e pelo processo de medicalização. Isto revela, na população masculina, os perfis epidemiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S), cada vez mais frequentes, levando os por vezes a situações de infertilidade, devido à forma ativa, impulsiva e exacerbada das práticas sexuais e da sexualidade realizadas sem cautelas (LOPEZ, 2013).

Mesmo com o crescente quantitativo de ações voltadas para a saúde masculina, os homens acabam por exercer as suas atividades sexuais sem orientação, e por vezes desprotegidos, pois desmerecem o autocuidado tão enfatizado na promoção à saúde, ecoando na insuficiente procura desta população aos serviços de atenção primária e no progressivo quadro nosocômio por doenças vinculada ao sexo e à sexualidade.

Diante desse contexto emerge as seguintes inquietações: Quais os aspectos comportamentais do sexo e da sexualidade masculina? Como o comportamento sexual influencia na saúde masculina? Quais os fatores que ingerenciam a procura masculina pelos serviços de atenção primária à saúde, em relação ao sexo e a sua sexualidade?

2 JUSTIFICATIVA



Fonte: Internet, 2015.

Diante do exposto, este estudo revela-se importante para conhecer a visão do sexo e da sexualidade dos homens, e os motivos de sua insuficiente procura pela atenção primária à saúde, evidenciando ainda que historicamente, no Brasil, estes homens sempre demonstraram pouco interesse no quesito cuidado quando comparado às mulheres. Apesar dos numerosos avanços instituídos pelo Governo Federal quando lançou a PNAISH, cujo objetivo foi de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, e assim reforçar os cuidados prioritários para que a cada dia possa se alcançar uma vida mais saudável, para esse público em específico, com a prudência assertiva, preenchendo as lacunas do cuidado de maneira integral.

Entretanto o homem ainda demonstra certa resistência, por vergonha, por medo ou por apenas acreditar que pode ser saudável sem a procura pelos serviços primários de saúde, desde que tenham suas necessidades humanas básicas atendidas, e isso inclui exercer com autonomia e irresponsabilidade o sexo e a sua sexualidade, para fins de reprodução ou não, tornando mais evidente o conceito histórico-cultural de homem forte e viril.

Dessa maneira, a pesquisa se mostra relevante para a compreensão do sexo e da sexualidade na Saúde do homem e em seu contexto social, trazendo como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de doenças, no sentido de orientar e conscientizar o mesmo de que pode e deve ter suas necessidades humanas básicas atendidas, mas com a cautela e a segurança adequada para exercer tal atividade. Nesse sentido, prioriza-se a acessibilidade e a socialização da população masculina, levando em consideração a importante participação dos profissionais que compõe a Estratégias de Saúde da Família (ESF) destacando a Enfermagem, bem como a primordial função da educação continuada e permanente em saúde, visando um acolhimento humanizado e integral a esse público.

Devido à escassez de estudos que relatem a visão do sexo e da sexualidade na saúde do homem, e sua influência na procura pelos serviços de atenção primária sendo essencial uma assistência específica voltada ao cuidado preventivo ao público masculino, que precisa de um atendimento holístico e com alcance de suas necessidades gerais e singulares, torna-se notória a finalidade de desenvolver esta pesquisa, como meio de comprovar as verdadeiras necessidades masculinas, que merecem receber orientação e conscientização sobre seu padrão sexual e de como o mesmo pode influenciar de forma direta ou indireta na sua qualidade de vida.

Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para os profissionais da saúde, em particular a enfermagem, para o efetivo aperfeiçoar da assistência, considerando a dimensão

da prestação de cuidados e das estratégias prioritárias ao bem-estar e á melhoria da qualidade de vida dos homens. O sexo e a sexualidade são condições que quando preservada de forma saudável e segura, promovem a qualidade de vida e enaltecem de sentimentos plausíveis ao seu ego. Dessa maneira passa a colaborar com esse público que terá seu sexo e a sua sexualidade preservada, e assim poderá exercê-la de maneira segura, considerando que são inúmeras as dificuldades e resistências associadas à insuficiente procura por atendimento primário à saúde.

Perante as considerações apresentadas, juntamente com a oportunidade de cursar e ser monitora da disciplina de Atenção Integral a Saúde do Homem, além da diminuta presença de estudos na área e a grande relevância da temática para a qualidade de vida dos homens, surgiu enquanto acadêmica de enfermagem, o interesse em realizar essa pesquisa.

3 OBJETIVOS



Fonte: Internet, 2015.

Geral:

- ✓ Analisar os aspectos comportamentais das práticas sexuais e da sexualidade masculina e a sua influência na procura pelos serviços de atenção primária à saúde.

Específicos:

- ✓ Verificar o comportamento das práticas sexuais e da sexualidade masculina;
- ✓ Investigar a influência que as práticas sexuais e a sexualidade possuem sobre a saúde do homem;
- ✓ Identificar os fatores que dificultam a procura da população masculina pelos serviços de atenção primária à saúde, em relação às práticas sexuais e a sua sexualidade.

4 REVISÃO DE LITERATURA



Fonte: Internet, 2015

Com o intuito de nortear o presente estudo, bem como contribuir de forma mais aprofundada com discussões acerca da temática, apresenta-se neste capítulo uma breve revisão de literatura acerca da Atenção Primária à Saúde, Sexo e Sexualidade masculina e Educação de jovens e adultos.

4.1 A criação da atenção primária à saúde: uma estratégia para potencializar os cuidados com a população

Durante longas décadas no Brasil e no mundo, a saúde era tratada de maneira curativa, e menos preventiva, tendo destaque a sua medicalização. No entanto, no decorrer das últimas duas décadas do século XX, esse quadro passou por numerosas mudanças, levando os líderes governamentais a reconhecerem as necessidades de modificações, de modo que todos os cidadãos pudessem gozar de uma melhor qualidade de vida, sendo atendidos na integralidade de uma assistência eficaz, com ênfase na promoção e na prevenção à saúde (SANTOS et al., 2013).

Diante desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com o *United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância), convocaram uma reunião levando a conjectura de discussões sobre a elaboração de uma declaração da APS. Com isso realizando a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que foi devidamente ampliada em 2000, como uma estratégia que visava alcançar a acessibilidade da saúde para todos, de forma a garantir dignamente o direito à saúde e o seu reconhecido internacionalmente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; CASTRO, 2012).

Dessa maneira, a APS origina-se com o objetivo de priorizar os cuidados que são essenciais à saúde, sendo fundamentados não somente em inovações tecnológicas compreensíveis, como também em serviços viabilizáveis que proporcionam uma maior aproximação destes serviços da comunidade, e assim, estabelecendo o primeiro nível de atenção à saúde e a reconstrução desse setor, especialmente nos âmbitos do processo de trabalho, da gestão e da formação de recursos humanos (COSTA et al., 2013).

No sentido de valorização e firmamento do direito à saúde, é realizado no Brasil a Reforma Sanitária, com a finalidade de promover mudanças estruturais e que posteriormente ocasionou à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi publicado na Constituição de 1988, concretizando a criação do SUS. Este Sistema tem por princípios de ordem doutrinária a garantia da universalidade, integralidade e equidade, sendo possível

graças à descentralização dos serviços e das estruturas de gerenciamento, resultando em um sistema organizado de normas e diretrizes articuladas, acarretando na transformação do modelo de atenção à saúde, para o cuidado integral da APS (BRASIL, 2011).

De acordo com Mitre, Andrade e Cotta (2012) as décadas de 1980/1990, foi um marco para a saúde, pois neste período surgiu a oportunidade de acolhimento à população que conquista o direito de inclusão social em defesa do SUS, uma vez que esse dispositivo torna capaz a possibilidade de reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, e na retomada do acesso universal, atuando também no resgate da equipe multiprofissional, na qualificação e na capacitação das relações entre usuários dos serviços e dos profissionais de saúde, uma vez que estes eram tidos como impessoais e fragmentadas.

O SUS foi implantado propositalmente para ser um programa diferenciado, vinculado ao modelo sanitário, definido como uma estratégia de mudança assistencial, que permite a integração e a organização das atividades em um território que implanta a vigilância à saúde, a qual funciona com o objetivo substituir a rede de atenção básica tradicional, abrindo às necessidades de saúde dos usuários, de forma humanizada, prestando solidariedade a todas as pessoas que buscam pelo serviço de saúde (ROMEIRO et al., 2013).

Segundo Silva et al. (2013), desde que a saúde no país foi instituída como um direito de todos e dever do Estado, o SUS passou a nortear os parâmetros que atendem a população, uma vez que é resguardado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, que preconiza o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a nomenclatura Atenção Básica (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, e a APS como a porta preferencial para o sistema de saúde no país. Evidenciou-se que o SUS possibilitou não somente a consolidação desses cuidados, através dos dois modelos, mas permitiu o melhoramento da assistência, a formação de vínculos entre serviço e população, contribuindo para a garantia da universalidade, integralidade e equidade.

Nesse sentido, para que a construção do SUS avançasse de forma significativa nos últimos vinte anos, foi necessário o fortalecimento da APS e o compromisso assumido pelas diferentes esferas governamentais administrativas federais, estaduais e municipais, a partir de sua criação, tendo ainda como base a estratégia de reorientação do modelo de atenção, não se detendo as ações em saúde, mas amplificando o cuidado de maneira geral (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2012).

Nota-se que a APS veio para reforçar o direito humanitário de acesso a melhorias na qualidade de vida, e organizadamente atender a um público específico, destinado às regiões e comunidades menos favorecidas, ofertando tecnologias acessíveis e de baixo custo,

apresentando uma organização com ênfase na resolutiva dos problemas mais comuns, e ainda como estratégia de reorganização do sistema de saúde. Esta reorganização consiste basicamente na atitude de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema, a fim de alcançar às necessidades da comunidade, o que implica em estrutura operacional das redes efetivas, eficientes e de qualidade de atenção à saúde (FONTES et al., 2011).

A Promoção à Saúde (PS) é uma proposta bastante complexa e abrangente, que requer uma grande participação da população, dos diversos setores sociais incluindo o Estado, que por sua vez contribui com as estratégias e as ações consolidadas de: intersectorialidade, equidade e sustentabilidade. Vale salientar que foram inúmeros os avanços após a criação da APS; no entanto, o SUS somente reconheceu a necessidade de implantação da ESF em 1994, possibilitando um cuidado integral à comunidade (ALVES; AERTES, 2011).

Embasados no fortalecimento dos modelos assistenciais no Brasil, e em função de melhorias da saúde, em 2006, foi institucionalizada a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e por meio desta, a implementação das diretrizes integradas, cuja finalidade é de garantir, entre muitos benefícios, o de hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas/práticas corporais sustentáveis, priorizando o cuidado à saúde (ALMEIDA et al., 2011).

Perante a criação do SUS, torna-se notório que o MS contribui para a transformação do modelo de atenção à saúde no país, gerando reflexões e mudanças nas instituições, como na práxis dos cidadãos brasileiros, tendo a ESF o papel de prestar atendimento de qualidade, integral e humanizado, em unidades municipais de APS; todavia, garantir a reorganização da prática assistencial, das ações de cuidado com foco na família, dando relevância ao ambiente físico e ao processo saúde-doença. Além disso, a ESF deve garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, viabilizando o envolvimento com a comunidade, especialmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) (VIDAL et al., 2014).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o MS criou uma portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovando a PNAB, formando uma revisão de diretrizes e normas a fim de melhor organizar a atenção básica, para que tanto a ESF quanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sejam qualificados. Dessa forma, a PNAB possibilita a capacitação e a promoção de uma assistência atuante na vida das pessoas, tornando a APS a melhor opção de seus usuários, a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

O SUS há mais de 20 anos vem garantindo acesso à saúde de toda população brasileira, apresentando como porta de entrada do sistema, a unidade básica de saúde, por ela

está próxima das pessoas e da comunidade, sendo a ESF uma realidade bem sucedida, contando com mais de 30.000 equipes implantadas por todo o território brasileiro. O enfoque principal da ESF é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, contando com a participação de profissionais capacitados na formação de clínicos, com percepção epidemiológica e social, para favorecer a relacionamento com o indivíduo, a família e a sociedade, expandindo os cuidados até o local onde residem os usuários (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Dada à relevância dos SUS enquanto um mecanismo de ação social e de bem estar coletivo, torna-se possível uma assistência mais assertiva, sendo consolidada pelas ESF'S, que atuam com uma equipe multiprofissional, composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, alguns ACS, profissionais de saúde bucal, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2011).

Seguindo essa linha de cuidados, Delfini e Reis (2012) relata que o MS consolida uma política oficial em 1987, após a reforma psiquiatra, inaugurando o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que conforme a Portaria nº 336 de 2002, estabelece diretrizes para o funcionamento deste Centro, tendo a função de oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, sendo responsável pela organização da demanda, da rede de cuidados, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica.

Nesse sentido, observa-se o avanço da ESF, que para atender as especialidades da população de modo integral cria um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ano de 2008, que conta com os seguintes profissionais multidisciplinares: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra, médico veterinário, terapeuta ocupacional, psicólogo, educador – artes –, além do Programa Academia da Saúde, instituído em 2011, com o objetivo de orientar a população a obter um estilo de vida mais saudável, com enfoque nas práticas corporais e atividades físicas (FIGUEIREDO, 2010; ALMEIDA et al., 2011; BRASIL,2012).

A ESF é considerada um dos serviços mais completos, pois dispõe do sistema de encaminhamento de referência e contra referência para o NASF, além de fornecer cuidados específicos como: o Programa de atenção à saúde da criança, o Programa de atenção à saúde da mulher, o Hiperdia, o Programa de controle de diabetes, Tuberculose e da Hanseníase, e ainda ações que orientam a higiene bucal (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2012).

Tendo em vista que parte da população requer cuidados específicos em suas residências por razões diversas, o MS cria o programa Melhor em Casa, com o propósito de

aprimorar cada vez mais a APS, o qual foi instituído em 2011, por intermédio da Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, possibilitando que a população fosse atendida em sua residência, segundo a sua condição clínica e complexidade. O programa Melhor em Casa é realizada em parceria com ESF'S, NASF, e dos demais programas e estratégias, inclusive pelas equipes especializadas, sendo estas: a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que foram criadas com o objetivo de prestar assistência aos indivíduos em suas residências (BRASIL, 2012).

Segundo Figueiredo (2010), além dos cuidados específicos para com a população, é necessário que haja melhorias e qualificação do próprio sistema organizacional dos serviços de saúde. Nesse sentido, o MS cria em 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). O programa tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na AB, que poderá ser organizado em quatro fases para complementar essa Atenção, sendo elas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização, permitindo que de forma humanizada todos sejam assistidos conforme suas necessidades.

Todos os programas e ações criados para atender o ser humano em todas as suas particularidades, o MS decide criar políticas de atenção integral à saúde, com a finalidade de assegurar uma assistência digna aos usuários das ESF'S, em todos os contextos sociais. As Políticas criadas foram: Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde do Idoso, Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde do Trabalhador, Atenção à Saúde mental, Atenção à Saúde Indígena e Atenção Integral à Saúde do Homem (GOMES et al., 2011).

De acordo com Schwarz et al., (2012) estas políticas representam a importância oferecida a cada grupo populacional, e em especial os homens, pois este grupo é tido como vulnerável, e representa cerca de 49,0% da população de um pouco mais de 190 milhões de habitantes, considerando ainda que em dois mil e dez 56,0% desse grupo estavam na faixa entre 20 e 59 anos. Com relação ao perfil de mortalidade, as principais causas de óbitos são: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Mediante cenário em tela, e com o progredir de todas as políticas ministeriais lançadas, a saúde do homem passou a ser uma das prioridades do governo nos últimos cinco anos. Pensando nisto, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem com o intuito de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Considerando a saúde masculina como um direito social básico e de cidadania de todos os brasileiros e para minimizar as fragilidades do sistema, o MS implantou em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) alinhada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com um propósito estratégico de melhoria de saúde para quase 40 milhões de homens na faixa etária de 25 a 59 anos. A implantação, bem como a implementação da PNAISH, gerou no panorama estatístico do país, modificações na saúde masculina, que efetivam ações de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012).

O atendimento dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e humanização em saúde, estabelecidos pela PNAISH, requer objetivos específicos que norteiam os eixos de qualificação da atenção à saúde da população masculina, na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção, com respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas, bem como dos locais de atendimento à saúde (CAMPANUCCI; LANZA, 2011; SCHWARZ et al., 2012).

Diante do contexto construído pela sociedade, de homem viril, provedor do lar, e que não adoece, surge a Declaração de Direitos Humanos que resguarda o indivíduo e o protege contra qualquer tipo de dano, certificando que suas necessidades humanas básicas sejam atendidas. Dentre essas necessidades, estão as biológicas, as psicológicas, as sociais e as espirituais. Nessa perspectiva de proteção das necessidades humanas básicas dos homens, encontra-se aquela preservada pelos direitos sexuais, sendo estas, dignas do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutivo, a educação da sexualidade, a saúde sexual satisfatória, segura e prazerosa (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

Mediante as situações distinguidas, acima é percebido que os mesmos têm necessidades particulares e específicas, que podem e devem ser atendidas de maneira holística, sendo possível identificar dentre elas, o sexo e a sexualidade, visto muito além de um fator inerente ao indivíduo, mas como um direito assegurado e resguardado por leis, que defendem e ratificam a importância da concretude do sexo e da sexualidade para o equilíbrio pessoal e para a qualidade de vida do ser humano.

4.2 As práticas sexuais e a sexualidade masculina nos diversos contextos sociais e de saúde

O sexo é um dado físico-biológico, marcado pela presença do aparelho genital e por outras características fisiológicas que diferenciam os seres humanos entre homens e mulheres. Enquanto que a sexualidade é definida pelas práticas erótico-sexuais, nas quais as pessoas se

envolvem e apresentam orientação classificadas em heterossexuais, homossexuais, e bissexuais (BRÊTAS et al., 2011). Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressadas, podendo ser influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

Nesse contexto as práticas sexuais são internalizadas pelos seres humanos no sentido de obtenção de prazer, e objetivam alcançar a sexualidade plena por meio do ato sexual propriamente dito, e dessa forma obter o prazer erótico, e é isso que diferencia o ser humano do restante dos animais, pois ele é o único ser que, objetivamente, pode ter relação sexual só pelo prazer e não apenas com a finalidade de reprodução (CAMARGO; TORRES; BIASUS, 2009).

Para Rios (2003), as atividades sexuais podem respeitar o processo de adaptação cultural ou não, pois em cada sociedade são diferentes as proibições e permissividades, e praticamente todas as culturas impõem alguma forma de restrição ao comportamento sexual. Apesar de todos os tabus que envolvem esse tipo de prática, estas são realizadas de forma muito particular, e cabe a quem pratica decidir o que é agradável ou não nesse tipo de relação íntima que pode ocorrer com apenas um parceiro ou múltiplos parceiros sexuais.

Assim conceituam-se práticas sexuais como contato penetrativo, das genitálias dos sexos opostos ou iguais, isso inclui tanto por via vaginal quanto por via anal, além disso, podem ser incluso nessa situação a “sarração” que é caracterizada como o ato de esfregar-se, de “roçar” as partes erógenas em busca da excitação sexual, e é entendida como um ato relacional, em que duas ou mais pessoas podem estar envolvidas, além do toque no corpo, da masturbação, e do beijo de língua (CAMARGO; TORRES; BIASUS, 2009).

Durante o ato sexual e o tempo como ato de afeto e biológico, faz-se necessário a presença da sexualidade. Desta forma, a sexualidade requer experiências e condutas sexuais infantis que contribuem para a vida, bem como para o comportamento da pessoa adulta, sendo entendido pelo período pré-puberal de desenvolvimento da personalidade, uma vez que é determinado por estágios, como a fase anal, dominados por tendências sexuais, provenientes de impulsos instintivos, que não são aprendidos, mas acionados para obtenção de prazer. Nos dias atuais, ainda percebe-se a visão da sexualidade como fruto da herança cultural, em que os conceitos são iniciados desde a infância quando se têm desejos inconscientes, levando a percepção da sexualidade como construção social, histórica e política de contexto formativo (SCHINDHELM, 2011).

Nesse sentido, observa-se a que sexualidade apesar de ser originária desde a existência da humanidade, é um tema contemporâneo que atua em diversas áreas do conhecimento, alcançando uma maior visibilidade através da psicologia e da psicanálise, a partir dos estudos de Freud e do desenvolvimento das ciências humanas e sociais. No entanto, os estudos sobre sexualidade se tornaram mais evidentes na segunda metade do século XX, por enfatizar a genealogia da sexualidade, identificando-a como instrumento capaz de amparar os mecanismos de poder (COSTA; FERNADES, 2012).

A sexologia está dividida de forma teórica e prática, tendo duplo nascimento, no qual o primeiro acontece na segunda metade do século XIX, com foco na nosografia em afronte à terapêutica, que por sua vez privilegia as doenças venéreas, a psicopatologia da sexualidade e a eugenia; em contrapartida, o segundo nascimento da sexologia surgiu a partir da década de XX, com marco relevante que teria contribuído para concretizar o orgasmo como o problema central dos estudos sobre sexualidade (ROHDEN, 2011).

As necessidades sexuais podem ser visualizadas como semelhantes e diferentes, quando comparadas a outras necessidades humanas básicas presentes em todos os indivíduos. Contudo, o sexo não é necessariamente essencial, assim como os líquidos, a nutrição ou a oxigenação. Por outro lado a sexualidade constitui-se em uma grandeza, fundamental ao desenvolvimento do ciclo de vida de homens e mulheres, envolvida da: subjetividade, práticas ligadas à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde (COSTA; COELHO, 2011).

Mediante a essa conjuntura, é observável que vivenciar a sexualidade com um parceiro ou parceira, é uma das experiências de maior repercussão na vida do ser humano. É descobrir a cada dia algo de novo, podendo ainda esta susceptível a sofrer influencia de fatores sociais e culturais, interpretados e vivenciados de maneira distinta entre homens e a mulheres (VONK; BONAN; SILVA, 2011).

Alguns conceitos, a partir do ano 1960, começaram a ser discutidos, entre eles, cita-se: o direito ao prazer, a liberação sexual da mulher por meio da pílula anticoncepcional e a produção de revistas pornográficas. Esses episódios de expressão sexual trouxeram consigo alguns conflitos entre os ideais de liberdade, pois até então a educação sexual era tida como rígida. Porquanto, a liberdade sexual também foi considerada como parte integrante da personalidade do indivíduo, que começa na fase da adolescência em que a sexualidade é constituída ao longo do seu cotidiano (NETO, 2012).

Ainda discorrendo sobre a evolução dos conceitos e conjecturas do sexo e sexualidade, Costa e Coelho (2011) afirmam que a sociedade ocidental foi historicamente e culturalmente

limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder, que perdurou durante as últimas três décadas, levando a algumas mudanças no estilo de vida da população, principalmente aqueles relacionados à sexualidade.

As interações sexuais entre homens e mulheres são vivenciadas, na cultura brasileira, como um produto de espontaneidade ou como uma espécie de barganha pelos rapazes para conseguir uma real prova de sentimentos, por parte de suas parceiras, e assim ter relações sexuais com as mesmas (SILVA et al., 2010). Tal situação gera um grande problema de saúde pública, que de maneira geral, constitui-se como uma circunstância para atuação da enfermagem, uma vez que alguns dos problemas e tratamentos de saúde vinculados à sexualidade são capazes de comprometer de forma passageira ou contínua, os fatores sociais, culturais e religiosos; além da estrutura física, do funcionamento e da aparência destes jovens pacientes (PAIVA et al., 2011).

Segundo Fontanella e Gomes (2011), um conjunto de elementos simbólicos verbais e não verbais são ligados à sexualidade e estruturam, e desenvolvem uma sequência de condutas organizadas e delimitadas no tempo, nomeando os atores dessas condutas sexuais, delineando suas qualidades, indicando motivos dos comportamentos e encaminhando-os a finalizações exitosas, nos quais roteiros são construídos a partir das experiências sexuais, que por sua vez são apreendidas e inscritas na consciência intrapsíquica, interpessoal e cultural.

Assim, a vida sexual se sobressai dentro de um cenário de estudos orientados pela perspectiva de gênero, como um dos pilares da construção do masculino, expressando os valores hegemônicos desta masculinidade, que, na maioria das vezes, é representado pela virilidade, potência e dominação. Esse cenário surge como algo natural, referenciando uma sexualidade puramente instintiva, incontrolável e mais acentuada que a feminina, considerando que o exercício sexual é norteado por valores, frequentemente atrelados ao não ao cuidado em saúde e ao padrão de comportamento desprotegido em relação a si mesmo e aos outros, sendo necessário a existência da educação sexual para repará-lo dessa realidade (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

A sexualidade é algo construído e aprendido durante o decorrer da vida, sendo ainda parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo, acarretando em transformações biológicas e psicológicas, que acaba por mudar no convívio social. Nesse sentido, é observado que em relação ao gênero masculino esta maneira de entender a sexualidade gera uma capacidade de negociação acerca da contracepção, especialmente no momento da iniciação sexual, tornando visível que o uso do preservativo é de domínio masculino, e que compete ao

homem a decisão de usá-la ou não; todavia ela pode ser vista como um obstáculo ao prazer sexual (BRÊTAS et al., 2011).

Com o decorrer dos anos no Brasil e em outros países, vários foram os empreendimentos destinados à educação sexual, haja vista que o sexo e a sexualidade fazem parte do cotidiano das pessoas de modo direto ou indireto, havendo uma progressiva incorporação da utilização do preservativo masculino, principalmente nos primeiros anos da fase de iniciação sexual juvenil e, sobretudo, entre os mais escolarizados. Entretanto, constatou-se que a frequência do uso consistente do preservativo é inversamente proporcional ao avançar da idade, da experiência sexual, das relações estáveis; pois tais condições acabam por menosprezar o uso da camisinha, e assim vulnerabilizar o sexo e a efetiva prática sexual (FONTANELLA; GOMES, 2011).

As relações sexuais são compreendidas como produto de distintos cenários e não deriva primariamente do funcionamento biopsíquico dos sujeitos, e que segundo antropólogos e sociólogos o exercício da sexualidade se dá em contextos sociais muito precisos, o que orienta a experiência, a expressão do desejo, das emoções, das condutas e práticas corporais. Com ênfase nos cenários socioculturais as características sexuais entre homens e mulheres são distintas, no tocante a vida sexual e a interface na esfera reprodutiva, uma vez que estas características resultam de uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros (HEILBORN, 2012).

Com base no exposto acima, é possível identificar que o processo de aprendizagem cultural em torno da sexualidade está intimamente relacionado ao tipo de contexto em que os homens vivem; portanto, sendo influenciadores e influenciáveis das práticas sexuais e de como esta população masculina exerce a sua sexualidade.

O contexto cultural em relação ao sexo leva a precocidade da prática sexual, pois os homens ao iniciarem a vida sexual, querem provar sua masculinidade heterossexual e sua autoafirmação como homem. Em contrapartida, a mulher é orientada desde muito cedo a manter relações sexuais apenas em relacionamento estável, com a adoção de método contraceptivo, destacando a camisinha. Torna-se válido ressaltar, que o uso do preservativo masculino está vinculado a concepções de diminuição do prazer no intercurso sexual, causador do desconforto na atividade sexual, irritante vaginal e não totalmente seguro em virtude do risco de rompimento (RESSEL et al.,2011).

Mediante o exposto, nota-se que no campo da saúde, atentou-se para a influência da construção social da masculinidade e na produção de comportamentos de risco à saúde, tendo em vista as inúmeras dificuldades relacionadas à prática do cuidado, e mesmo com a inserção

das políticas públicas de saúde, é nítido as desigualdades que comprometem a relação dos homens com os serviços de atenção primária (AVILLA; TONELI; ANDALÓ, 2011).

A sexualidade masculina tem se limitado a abordagens pontuais em situações de: infertilidade, IST'S, início de envelhecimento com problemas sexuais, a concepção, e de disfunção sexual, que entrou em cena com a chegada do medicamento que tem por nome comercial Viagra, ® possibilitando que a população também tivesse o conhecimento mais abrangente de outras situações em que o homem pode estar susceptível, como: ejaculação precoce e o uso de reposição hormonal para o tratamento da andropausa ou climatério desse grupo (ROHDEN, 2011).

A entrada na sexualidade com parceiro depende de um contínuo processo em decifrar condutas de gestos e a intenções dos envolvidos, de negociação de significados para que de fato tenha lugar, requer uma maior aproximação e implica distinguir o significado dos atos, especificamente sexuais, bem como o estabelecer de limites nas respostas sexuais e conectar os significados de aspectos que não sejam sexuais da vida para o conhecimento sexual (VONK; BONAN; SILVA, 2013).

A sexualidade masculina é um tema pouquíssimo abordado, e que não dispõem de um local apropriado para tratar de modo sistemático a respeito da temática, e mesmos os serviços de saúde não possuem ambiente favorável para isso, diferentemente da sexualidade feminina que encontra menos barreiras se comparadas ao homem, levando a inserção da mulher nas de intervenção em saúde (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

Segundo Rebello, Gomes e Souza (2011) a OMS ampliou a definição de saúde sexual para além da ideia de ausência de doenças, disfunções ou enfermidades, incorporando a referência aos direitos sexuais e a uma abordagem positiva da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, haja vista que essa nova perspectiva tanto pode subsidiar uma assistência mais integral à saúde e às questões sexuais, como pode fortalecer uma atuação de profissionais e usuários de serviços de saúde que caminhe na direção de resistir à medicalização.

Em síntese, observou-se que formas singulares de existir e de vivenciar a sexualidade e os papéis de homem e de mulher calçadas em “*crenças pessoais*” (apropriadas socioculturalmente) orientaram as produções de mediação quanto à sexualidade observadas nesta investigação (AVILA et al., 2011, p.2)

Com base na crença de que os homens são sujeitos capazes de atuar com facilidade no campo das escolhas sexuais e reprodutivas, e possuidores de um poder hegemônico, é

indispensável democratizar as relações de gênero a partir do incentivo da educação dos homens, para a participação nas tarefas domésticas, no âmbito da paternidade e no contexto das práticas sexuais (HEILBORN, 2012).

Seguindo essa linha de pensamento, Silva et al. (2010) enfatizam que a descoberta das crenças e valores influenciam o comportamento sexual e é imprescindível à qualidade e à efetividade das intervenções realizadas pelas políticas públicas e pelos profissionais de enfermagem em seus vários cenários de atuação. Estatisticamente, a maioria dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) ocorre em adolescentes do sexo masculino; além disso, os homens tendem a iniciar uma vida sexual precocemente e com múltiplas parceiras, muitas vezes, sem o uso regular da camisinha, aumentando consideravelmente, a exposição ao acometimento pelo vírus HIV e IST'S (PAIVA, et al., 2011).

Mudar o comportamento do indivíduo é sempre algo que remete a um processo lento, tendo em vista que o melhor caminho de minimizar os riscos para aqueles que se expõem, é conscientizá-los por meio de ações educativas em saúde (NETO, 2012). Depois dos muitos avanços no ramo da saúde, no Brasil, surge a diversidade sexual como uma ação dos movimentos sociais que compreende o grupo: lésbico, gay, bissexual, transexual, transgênero/travesti, intersexual e queer, (LGBTTIQ), que se fortaleceram no país na virada dos anos 90, e de modo direto ou indireto frente à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), aliada a redemocratização do Brasil (NARDI; QUARTIEIRO, 2012).

Nesse sentido nota-se que a diversidade sexual contribui significativamente na definição das políticas públicas, remetendo a revolução sexual dos anos 60, na luta pela afirmação do direito a uma sexualidade plena e pela defesa do direito a homossexualidade, o que torna possível a discursão sobre a saúde e um maior controle do grupo de risco (NARDI; QUARTIEIRO, 2012).

A diversidade sexual tem sido utilizada de maneira ampla pela área das políticas públicas e pelos movimentos sociais e de educação, para que essa expressão se firme como um termo diferente ou diverso, de multiplicidade e da singularidade, objetivando mostrar que todos e todas, façam parte da diversidade de expressões de gênero e sexualidade, a qual é constituinte do humano (HEILBORN, 2012).

Assim é possível compreender, apesar das muitas vertentes da sexualidade humana, que ela tem por finalidade o atendimento as funções biológicas, psicossociais e culturais, levando a uma transformação de um simples conceito de reprodução, ou disseminação de IST'S, para necessidade de prazer, afeto, saúde e direito.

4.3 A educação de jovens e adultos: um cenário de lacunas no âmbito de saúde sexual

A educação e a saúde são direitos formados a partir de conhecimentos adquiridos no decorrer da vida, sobretudo na escola que atua como um agente educador, a qual tem como função primordial a formação social, perpassando os conhecimentos técnicos e científicos (STRELHOW, 2010). Assim as escolas devem abordar temáticas para a concretude da personalidade, tendo ainda um olhar de cuidado para com a saúde, reiterando-se a relevância de discursões construtivas das temáticas sobre o ato sexual, gênero e sexualidade.

Segundo o autor supracitado a década de 1980 foi considerada um marco no quesito desenvolvimento de projetos e pesquisas na área da alfabetização de adultos, mas foi somente oito anos depois, que Constituição passou a garantir o Ensino Fundamental gratuito e obrigatório para todos. Nesse sentido, a Educação de Jovens Adultos (EJA) passou a ser reconhecida na década de 1990 e conseqüentemente gerou grande mobilização no país, uma vez que está respaldada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, substituindo o antigo ensino supletivo pela EJA, que amplia a preparação dos alunos, que precisam ser inseridos no mercado de trabalho.

Nessa perspectiva, os autores supracitados afirmam que os avanços mediados pelo Conselho Nacional de Educação estabeleceram, em 2000 e no Parecer nº 11, das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Jovens e Adultos, as funções e as bases legais da EJA. Esta educação, regulamentada pelo Decreto nº 5.478, de 24 de junho de 2005, institui o Programa Nacional de Integração da Educação profissional à Educação básica na modalidade de Educação de Jovens e Adultos, abarcando dessa maneira a formação inicial e continuada de trabalhadores e a Educação profissional técnica de nível médio (FARIAS; ROSSI; FURLANETTI, 2012).

O público da EJA é, em sua maioria, constituído por adultos, no sentido de que são pessoas com considerável experiência de vida, que precisam trabalhar e que constitui um público de baixa renda, sendo por vezes excluído da sociedade. O contingente social vê a população da EJA como pessoas incapazes de exercer cargos e funções importantes, mesmo estes detentores de conhecimento, a sua educação é vista por muitos como insuficiente (COSTA, 2013).

De acordo com Ribas e Soares (2012), a realidade das pessoas analfabetas totais, no Brasil, compreende cerca de quatorze milhões, e cerca de trinta e um milhões de analfabetos funcionais. Esses índices estatísticos mostram que é preciso melhorar ainda mais a condição educacional desta populacional, pois a educação básica é um direito que precisa ser exercido,

resguardada e garantida desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu Artigo 26^a.

A Educação de Jovens e Adultos abrange toda a Educação Básica, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio, contando ainda com alguns dispositivos centrais que norteiam as políticas públicas e os fundamentos pedagógicos no contexto deste segmento, estando aptos para ser alfabetizados, caso necessário; além da possível formação profissional (CARVALHO; BAHIA, 2012).

De acordo com Farias, Rossi e Furlanetti (2012) mesmo com as políticas públicas em EJA, desenvolvidas ao longo dos anos no Brasil, e estabelecida de forma pontual, descontínua e descontextualizada, ainda há a invisibilidade deste segmento populacional em alcançar maiores avanços pedagógicos que viabilizassem propostas reais, atinentes das demandas dos indivíduos que retornam à escola ou iniciam tardiamente seu processo de escolarização e inserção da disciplina.

Ainda segundo Carvalho e Bahia (2012), o modelo de escola tradicional predomina na sociedade contemporânea, e possui enormes dificuldades em compreender que existe um mundo convidativo, com inúmeras possibilidades de entretenimento, que facilmente causam encanto aos alunos e os afastam das atividades escolares, sendo necessária uma remodelação da forma de ensino, para prender a atenção desses educandos.

A educação de adultos compreende uma ação destinada a esse grupo específico, em que através de um processo de aprendizagem, formal ou não, permite que essas pessoas adquiram uma maior bagagem de conhecimentos, proporcionando melhorias nas suas qualificações profissionais e técnicas. A educação de uma escola regular para jovens e adultos, deve adaptar as necessidades e as disponibilidades do aluno, favorecendo condições favoráveis de acesso e permanência na escola (CALHAÚ, 2007).

Para Costa (2013), a educação destinada a pessoas jovens e adultas deve ser diferenciada, pois eles não são crianças e necessitam ser reconhecidos como sujeitos que não tiveram a oportunidade de seguir o grau de escolaridade regular, o que acarretou em um dos maiores problemas da EJA, a questão da especificidade cultural, considerando esta população como deslocados de um determinado local e de classe social.

Vale salientar que nem todos os adultos sem escolarização são personagens abstratos, tendo em vista que o analfabetismo é um problema que abrange todo o território nacional e que a grande maioria encontra dificuldades para retornar à escola. O estudante trilha um caminho árduo, pois ao mesmo tempo em que tem direito à educação, lhe é negado um ensino

que contemple suas especificidades etárias, culturais, étnicas, de gênero, trabalhistas, religiosas, de deficiência, enfim, sua identidade (SILVA; NETO, 2014).

A EJA tem assumido, na contemporaneidade, um papel de suma importância, afinal até antes do seu surgimento, não havia uma boa possibilidade de elaboração de programas e projetos que buscassem a garantia da educação básica e da qualificação profissional para os indivíduos nessa modalidade de ensino (CARVALHO; BAHIA, 2010).

A Educação de Jovens e Adultos foi inserida com o objetivo de erradicar o analfabetismo juntamente com condições propícias para que a população tivesse oportunidade de ter acesso ao Ensino Fundamental e Médio, e não meramente como uma complementação de sua formação escolar. No entanto, o que se observa na prática é que pessoas vão para a escola com a finalidade de ter uma certificação básica, para estarem mais aptos ao mundo do trabalho, e não com o desejo de senso crítico e cultural (COLAVITTO; ARRUDA, 2014).

Conforme Romanzini (2011), a educação deve ser contínua e com o objetivo de dirimir ou suavizar a pobreza e a ignorância, bem como de levar informação sobre a vida e os contextos sociais; para isso deve-se primar pela qualidade do público na EJA. Por conseguinte, a EJA possui um público muito heterogêneo, o que dificulta tanto à transitoriedade do ensino, quanto as diferenças etárias e culturais, a integração em nível de classe trabalhadora apta a reclamar por melhorias em seus estudos e a colocação efetiva, a partir da escola, no mercado de trabalho.

Ao educador compete à participação no processo de construção de saberes, contribuindo para o coletivo, para o político, atuando no conhecimento popular, tendo em vista que as aprendizagens são múltiplas e requerem suscetíveis práticas do saber, para que seja disseminado o conhecimento, bem como as trocas de experiências que vão muito além da percepção imposta pela pedagogia tradicional e pela sociedade contemporânea (SAMPAIO, 2009).

Sendo assim, Almeida et al. (2011) referem a existência de uma grande dificuldade dos professores em difundir educação em saúde, com temáticas que envolvem tabus e preconceitos como sexo e sexualidade, baseada no despreparo desses educadores que, em muitas situações, se limitam as aulas de ciências e acabam por reprimirem o tema sob o aspecto do biológico. Dessa maneira, os educadores acabam por vincular o exercício da sexualidade somente à prática das funções reprodutoras, deixando de lado a subjetividade que se traduz no binômio prazer e amor, limitando-se a ensinar apenas o que seria os órgãos reprodutores e a finalidade dos mesmos.

Mediante esse contexto de lacunas na educação, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) passou a estimular projetos de orientação sexual nas escolas, culminando no ano de 1996, pela inserção do assunto como tema transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's). Dessa forma, os professores de todas as disciplinas deveriam deter o conhecimento específico sobre sexo e sexualidade, estando preparados para conversar e orientar os alunos em qualquer momento que surgisse a necessidade por essa temática (ALMEIDA et al., 2011).

A inclusão da orientação sexual dentro dos parâmetros curriculares demonstra um avanço no reconhecimento da relevância da temática nos espaços da educação formal, visto que a ética, a cidadania e os direitos humanos, estão intimamente atrelados ao tema, e que se baseiam no pressuposto da sexualidade como complexa e multidimensional, transcorrendo os conteúdos formalistas das ciências, que se detém somente a reprodução, reduzindo-a ao aspecto biológico (STRELHOW, 2010). Nesse sentido, é notório que o cenário da educação brasileira melhora a visão dos alunos, devido à inserção deste assunto nos conteúdos curriculares, mesmo que alguns grupos defendam a união da educação e da sexualidade, enquanto que outros se mantêm neutros na orientação sexual dos alunos (NARDI; QUARIERO, 2012).

Observando as divergências das implicações subjetivas da construção da sexualidade, nota-se que os educadores sentem-se incapazes por acreditar que isso seja uma responsabilidade de outro setor, tendo em vista que a escola pouco contribui para o incentivo de abordar temas polêmicos permeados de valorações pessoais, temporais e culturais. O fato pode estar na explicação de que os educadores ainda não estão preparados para lidar com questões tão conflitantes e assumir, em seu cotidiano profissional, uma postura ética sem que antes tenham condições de equacionar as tensões entre seus jeitos próprios de lidar com a educação sexual e as diversas expectativas que recaem sobre suas práticas docentes, em especial, as da própria pessoa que desempenha a profissão (AVILA; TONELI; ANDALÓ, 2011).

Perante esta contextualização, os autores supracitados abordam que escolas de ensino básico e médio devem ser promotoras dos direitos sexuais e fonte de informação sobre a sexualidade e as práticas sexuais. Todavia, não estão aptas a orientar sobre educação sexual, pois ainda se acredita que ao debater esta temática, esteja de alguma forma, incentivando os cidadãos à liberdade da atividade sexual, mesmo tendo a consciência crítica e de desenvolvimento de práticas que se pautem pelo respeito à diversidade e aos direitos humanos, o sistema de educacional pouco colabora na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nessa égide, o educador deveria estar capacitado para propiciar debates que envolvessem a temática de sexo e sexualidade, pois lidar com valores morais, tabus, preconceitos, nem sempre é uma tarefa fácil. Não obstante, orientar sobre sexo e sexualidade exige além de conhecimento prévio, subsídios internos da escola para trabalhar essas questões, abordando questões reprodutivas de maneira clara e objetiva, se permitindo não se intimidar, ou limitar-se por seus próprios questionamentos, receios, ansiedades, estigmas e tabus. É imprescindível que o educador trabalhe a orientação sexual nas escolas, e que tenha disponibilidade de rever sua postura e seus conhecimentos constantemente (STRELHOW, 2010).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Fonte: Internet, 2015.

5.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa utilizou como processo metodológico o estudo de caráter observacional descritivo com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2009), o método observacional demonstra-se bastante preciso e moderno, e consiste na observação, por parte do pesquisador, sobre algo que acontece ou que aconteceu, sem que este tome providências para tal. O método descritivo tem por objetivo a descrição das características de determinada população, grupo ou fenômenos, utilizando técnicas de coleta de dados que identificam as relações entre as variáveis, e em alguns casos podem até determinar a natureza dessa relação.

Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa quantitativa, é considerada como uma investigação de causa, baseada na experiência, que através de uma coleta sistemática dos dados é possível abarcar informações numéricas, ratificada através de quadros, tabelas e medidas. É indispensável ao estudo quantitativo, as análises das características de fatos ou fenômenos, a fim de provar hipótese.

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada com os estudantes do Ensino de Jovens e Adultos (EJA), do município de Cuité-PB. O EJA é realizado, atualmente, em cinco escolas que atendem ao público, no período noturno. De acordo com o Senso realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cuité está situada na Mesorregião do Agreste Paraibano e na Microrregião do Curimataú Ocidental, e tem como cidades circunvizinhas, Nova Floresta, Picuí, Sossego, Barra de Santa Rosa e Damião, com uma distância de 235 km da capital paraibana, João Pessoa, possui ainda uma altitude média de 667 metros e seu território ocupa uma área de 741,840km² (IBGE, 2010).

A vegetação é formada por Florestas Subcaducifólia e Caducifólia, ou seja, de caatinga, e apresenta um clima do tipo Semi-árido, com temperatura oscilante entre 17° C e 28° C. Mais de 60% da população Cuiteense habita a zona urbana, em relação a esses dados o número residente são de 9.833 homens e 10.145 de mulheres, com relação ao número de habitantes que vive na zona urbana é de 13.462, enquanto que na zona rural encontra-se 6.488 habitantes. As principais atividades desenvolvidas em Cuité são o comércio e a agricultura de subsistência, continuamente o funcionalismo público e a aposentadoria.

A escolha desse município ocorreu por parte da pesquisadora que enquanto acadêmica trabalhou com o Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC), usando a temática “Conhecimento de adolescentes e jovens estudantes do ensino fundamental sobre saúde sexual e reprodutiva”, e a partir dos achados pertinentes quanto ao objeto de estudo, surgiu o interesse em dar continuidade no seguimento do sexo e da sexualidade, mas desta vez delimitado ao público masculino, tendo em vista que os mesmos são quem menos demonstram interesse por educação sexual, bem como os cuidados ofertados pela atenção primária à saúde.

Torna-se relevante ressaltar que apesar da Educação sexual estar inclusa nos parâmetros curriculares de maneira transversal, se percebe um déficit no sistema de ensino tradicional, o que culminou para a grande relevância em se trabalhar com os alunos do EJA, haja vista que ainda existe um cenário de lacunas dentro da educação, em relação à temática.

5.3 População e amostra

O estudo desenvolveu-se com todos os homens estudantes do EJA, durante o período noturno, no município de Cuité-PB, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Diante deste universo populacional, foi possível obter uma amostra de 103 estudantes, e a partir disso investigar o processo de influência da compreensão do homem sobre sexo e sexualidade, bem como os motivos que favorecerem a insuficiente procura pelos serviços de atenção primária à saúde.

A amostra foi do tipo censitária, a qual viabilizou um levantamento prévio de todos os dados substanciais das escolas públicas do referido município, que usam o serviço de ensino fechado – EJA –, no qual está inserido o público-alvo, objeto do estudo pesquisado.

Segundo Machado e Alavarse (2014) a amostragem censitária ou parametrizada é aquela que todas as pessoas do universo da pesquisa são interrogadas, de modo que alcance o número total da forma de sujeitos, que se tem a intenção de realizar a investigação.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se nesta pesquisa os seguintes critérios de inclusão: estudantes do EJA; sexo masculino; maiores de 18 anos; que estão devidamente matriculados; com frequência assídua nas aulas, com disponibilidade durante o período da pesquisa.

Quanto aos critérios de exclusão foram desconsiderados os estudantes que não eram do EJA; sexo feminino; menores de 18 anos; que não estavam devidamente matriculados nesta instituição de ensino.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através de um questionário estruturado e auto-aplicado, contendo exclusivamente questões objetivas, considerando duas etapas (APÊNDICE B). A primeira etapa consistiu na utilização de um questionário correspondente aos dados de caracterização dos participantes da pesquisa, enquanto que na segunda etapa foi abordado os dados referentes ao conhecimento sobre sexo e sexualidade, em que o sujeito da pesquisa vivencia ou experiência de alguma forma em seu cotidiano, por conseguinte contemplando os objetivos do estudo.

O questionário conforme Gil (2009) é conceituado como uma técnica de investigação social, que conglomeram um conjunto de questões submetidas aos entrevistados, numa sondagem ou inquérito, com a finalidade de obter informações diversas, entre elas o conhecimento, os sentimentos, os interesses e as expectativas.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

Para a concretização da coleta de dados foram tomados os seguintes passos: solicitou-se autorização da o requerimento através dos Termos de Autorização Institucional (ANEXO A) à Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENFE/CES/UFCG), depois da autorização da Secretaria Municipal de Educação, a fim de uma licença para realização da pesquisa com os alunos do EJA do município de Cuité-PB, através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO B). Em seguida, solicitou-se a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Posteriormente à autorização do CEP, a graduanda reuniu-se com a secretária de educação, onde através de uma conversa pode apresentar a proposta, os sujeitos de interesse para a pesquisa, bem como a relevância e objetivos do estudo. Posteriormente após a explicação do motivo da coleta dos dados para a Secretária Municipal de Educação e para a

direção de todas as cinco escolas, no qual foi agendado previamente um segundo encontro, que aconteceu em sala de aula, para com os alunos. Em seguida, ao agendamento prévio, o segundo encontro, ocorreu de acordo com a disponibilidade das escolas, sendo esclarecido o propósito da pesquisa, e o modo de sua realização, a garantia do anonimato e o direito de desvinculação do sujeito da pesquisa sem danos pessoais, sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Os que aceitaram participar leram e assinaram em duas vias o TCLE (APÊNDICE C), ficando os sujeitos com uma via, e a pesquisadora com outra.

Por fim, foi entregue ao participante da pesquisa um questionário estruturado contendo questões de múltiplas escolhas, que foi devidamente respondido e entregue, sendo possível tabular e analisar os dados.

5.7 Processamentos e análise de dados

Os dados deste estudo foram tabulados através de tabelas, gráficos, e posteriormente, discutidos de acordo com a literatura relevante à temática. Para a elaboração do banco de dados, apuração e análise quantitativa destes, utilizou-se Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), analisados por meio de frequências absolutas (f) e relativas (%), considerando o intervalo de confiança de (95%), e erro amostral de (5%). O SPSS é um *software* que oferece organização de dados e análise estatística e que permite a realização de análises estatísticas desde as mais simples até às mais complexas e elaboradas, por meio de relatórios e gráficos, com resultados consolidados ou detalhados, que possibilita as várias informações das diferentes perguntas e perfis de entrevistados.

5.8 Aspectos éticos

Devido à pesquisa ser realizada com seres humanos, seguiu-se os seguintes princípios éticos, estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, onde recomenda em seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do TCLE dos indivíduos-alvo. (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados, considerou-se como fator de risco deste estudo o possível desconforto/constrangimento no momento em que os participantes irão responder aos questionários, sendo este minimizado mediante as condições estabelecidas pelo sujeito participante, através da explicação do modo claro e objetivo para que todos os envolvidos compreendam como ocorrerá a pesquisa, tranquilizando-os e assegurando o total anonimato, já que a exibição das informações coletadas pode causar algum desconforto/constrangimento. Nesse sentido será preservada a determinação do local, da data e do horário conveniente para o sujeito.

Para deferir a este princípio, foi devidamente esclarecido aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, além do direito de desistir do estudo a qualquer momento sem que sofra penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que concordaram em participar, apresentou-se o TCLE que depois de lido e assinado em duas vias, das quais uma ficou com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora. Com a finalidade de cumprir as determinações estabelecidas pela Resolução nº 466/12, o presente estudo foi submetido ao CEP do HUAC, e iniciou-se após a autorização do mesmo, através do parecer com CAAE Nº 40360214.3.0000.5182.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Fonte: Internet, 2015.

Os resultados obtidos foram coletados a partir da aplicação de um questionário, subdividido em três partes, sendo a primeira referente à caracterização socioeconômica e demográfica dos sujeitos participantes do estudo; enquanto que a segunda e a terceira estão direcionados aos objetivos da pesquisa. Nesse sentido foram utilizados, tabelas e gráficos para uma melhor compreensão dos os achados deste estudo.

6.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

Participaram deste estudo 103 estudantes do sexo masculino usuários do sistema de Ensino para Jovens Adultos (EJA), residentes no Município de Cuité-Paraíba. Os dados foram agrupados em duas tabelas referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes. Na Tabela 1 foram dispostas as seguintes categorias: faixa etária, número de filhos, número de pessoas que residem com o estudante, estado civil, renda familiar e participação na renda familiar. A Tabela 2 reporta-se ao número de residentes na casa e profissão /ocupação.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo faixa etária, número de filhos, número de pessoas que residem na casa incluindo o estudante, estado civil, renda e participação na renda familiar Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).

Variável	Categoria	F	%
Faixa etária	19 a 28 anos	31	30,0
	29 a 38 anos	26	25,2
	39 a 48 anos	17	16,5
	49 a 60 anos	24	23,3
	Maior que 60 anos	5	5,0
Total		103	100,0
Número de filhos	Não tem filhos	31	30,9
	1 a 2 filhos	39	37,9
	3 a 4 filhos	22	21,4
	5 a 6 filhos	11	10,7
Total		103	100,0
Número de pessoas que residem na casa*	1 Pessoa	2	1,9
	2 Pessoas	14	13,6
	3 Pessoas	25	24,3
	4 Pessoas	23	22,3
	5 Pessoas ou mais	39	37,9
Total		103	100,0
Estado civil	Viúvo	8	7,8
	Divorciado	11	10,7

		<i>(Continuação)</i>	
	União estável	22	21,4
	Solteiro	30	29,1
	Casado	32	31,1
Total		103	100,0
	Mais de um salário mínimo	--	--
Renda familiar	Até um salário mínimo	44	42,7
	De 2 a 3 salários mínimo	59	57,3
	De 4 a 6 salário	--	--
	Acima de 6 salários mínimo	--	--
Total		103	100,0
	Trabalha e é independente financeiramente	15	14,6
	Não trabalha e seus gastos são custeados	21	20,4
Participação na renda familiar	Trabalha mas não é independente financeiramente	28	27,2
	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	39	37,9
Total		103	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Número de pessoas que residem na casa incluindo o participante do estudo.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que os estudantes do sexo masculino, que usam o sistema de Ensino para Jovens Adultos (EJA) em sua maioria possuem a faixa etária dos 19 a 28 anos 31 (30%) e de 29 a 38 anos (25,2%), tornando visível a predominância da classe de jovens e de adultos jovens. Este resultado remete a ideia de homens com participação efetiva na sociedade, em idade fecunda e de participação relevante na formação de suas famílias.

Corroborando com a afirmativa acima, estima-se que a população masculina no Brasil corresponde a 101.673.266, e que é representado por um percentual bastante expressivo do total (49,2%), e dentro dessa porcentagem quase a metade (39%) apresentam uma faixa etária de 19 a 39 anos (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE (2011) a população de jovens vem crescendo em um ritmo bastante acelerado, comprovado pelo o último censo de 2010, no qual afirma que no Brasil existe 51,3 milhões de pessoas nessa faixa etária, o que equivale a um quarto da população brasileira.

Nessa perspectiva dos jovens homens e da oportunidade de constituição familiar, verifica-se na pesquisa que 39(37,9 %) dos participantes possuem de 1 a 2 filhos e 31 (30,1%) não tem filhos, revelando a expressividade de um baixo percentual. De acordo com o IBGE (2010), os casais que antes tinham 5,8 filhos por mulher passou para 2,3 entre 2000 e 2010, com uma queda significativa na taxa de fecundidade, e aumento no percentual de cônjuges sem filhos, devido a maior prevalência de divórcios e independência financeira da população feminina.

Ratificando os dados anteriormente citados, Nascimento, Santos e Carnut (2011) afirma que a implantação do SUS, juntamente com a APS foi de grande valia para esses achados, pois ele surge para intervir sobre as necessidades da população, com a implantação de várias políticas de saúde com a finalidade de assistir a comunidade de forma integral, emergindo em 2008, à PNAISH, que tem como um dos objetivos aumentar o conhecimento da população masculina sobre o processo saúde-doença, bem como o acesso integral e equânime, primando pela humanização da atenção.

Vale ainda ressaltar que foi através desse olhar diferenciado do SUS e da inserção do cuidado na educação sexual, que possibilitou não somente prevenção e promoção da saúde, como também assistir as especificidades de cada sujeito. Foi através da ESF que desenvolveram o planejamento familiar, o qual favoreceu a busca e o apoio ao uso de preservativos e anticoncepcionais, permitindo a retiradas de dúvidas e orientações importantes sobre a responsabilidade de se conceber uma criança, e desse modo reduzir significativamente a alta taxa de natalidade, bem como a redução no número de casos de IST'S (MOIZÉS, 2010).

Quando questionados acerca do número de sujeitos que residem na casa incluindo o estudante, os participantes afirmaram dividir suas moradias com outras pessoas, destacando a variável representada por 5 pessoas ou mais, representada por 39 (37,9%) dos participantes.

Conforme o IBGE (2010), cada lar brasileiro possui em média 3,3 moradores, e que em 2000 esse número era um pouco maior que 3,8 moradores, o que reafirma os valores encontrados nesta investigação.

Em concordância com os dados obtidos nesta pesquisa, ao analisar a sociedade percebe-se nitidamente que a mesma é marcada por valores e símbolos construídos no patriarcado, ao qual foi herdada durante muitas gerações, apesar das modernidades devido ao

processo de globalização cultural, a ideia de família e de viver como tal ainda se mantém imersas nas características comuns dessa socialização (MARIANO, 2011; RESSEL, 2011).

No que se refere ao estado civil, 32 (31,1%) dos participantes da pesquisa afirmaram ser casados, e cerca de 22 (21,4%) declararam estar em uma união estável, o que demonstra que a maioria desses homens possuem participação ativa na sociedade, uma vez que assumem um caráter estável de responsabilidade familiar.

Cabe destacar que essas variáveis convergem com os dados apontados pelo IBGE (2010) em que o índice de homens que convivem com a família é de 89,9%. Nesse sentido o fato de viver no seio da família pode ser considerado como um aspecto de segurança e estabilidade para os homens.

Por outro lado segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2011, aponta que a população do Brasil com 15 anos ou mais, em sua maioria, mantém algum tipo de união conjugal, representando 57,1% nessa faixa etária, apontando ainda dados do estado civil em que 48,1% são pessoas solteiras e 39,9% casadas. Essa análise revela que não há uma boa distinção entre o estado civil solteiro para o de união estável e por isso discorda do achado da pesquisa atual (BRASIL, 2012c).

Apesar de alguns autores divergirem outros ratificam os resultados obtidos, ao revelarem um número significativo de adultos jovens usuários do EJA, sendo a maioria destes casados, e com poucos filhos. Identificando ainda que no período de 2000 a 2010 a proporção de pessoas que moram sozinhas era de 12,1% e as pessoas sem grau de parentesco de 0,7%, esses baixos valores, confirmam o crescimento de um dos principais eixos da sociedade que é a família e do número de pessoas que compõem as mesmas, sendo visíveis as inúmeras mudanças que a sociedade sofreu nos últimos 10 anos, tornando-a ainda mais organizada e numerosa (IBGE 2010).

Em se tratando da renda familiar, 59 (57,3%) dos participantes da pesquisa declaram receber de 2 a 3 salários mínimo, um valor consideravelmente baixo para suprir as necessidades básicas do indivíduo e de suas respectivas famílias. Mediante a esse contexto, Ferreira; Demutti; Gimenez (2010) ressalta que todo e qualquer indivíduo, necessita ter suas necessidades básicas atendidas nas quais incluem as : fisiológicas, segurança, necessidades sociais, estima e auto realização, para que desenvolva suas atividades diárias com satisfação, estas que são garantidas pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Ao analisar esta realidade compreende-se a primazia dos estudos para dignificar o homem, pois a baixa escolaridade pode influenciar diretamente no estilo de vida, pois mesmo que tenham acesso à educação, essa precisa ser de qualidade, para que os mesmo possam

ingressar no mercado de trabalho e alcançar objetivos maiores, o que irá lhe garantir uma melhor qualidade de vida (ROMANZINE, 2010).

Com relação à participação na renda familiar, cerca de 39 (37,9%) dos participantes assumem ter que trabalhar por serem responsáveis pelo sustento da família, o que leva a perceber que grande parte do seu tempo é destinado ao trabalho em decorrência das suas obrigações e não dos seus estudos. Nessa égide, Stoffel e Trentin (2014) ressaltam a atividade econômica realizada pela agricultura e os empreendimentos familiares rurais no País, que estão definidos pela Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006. Desse modo, os autores descrevem a agricultura familiar como uma atividade laboral que exige muito tempo do agricultor.

É importante lembrar que essas atividades laborais são realizadas constantemente e são cada vez mais frequentes devido o alto índice de analfabetismo, como referido anteriormente (IBGE, 2013).

Em contrapartida a pesquisa revela que cerca de 21 (20%) dos participantes não trabalham e têm os gastos financeiros custeados, o que revela que um índice alarmante em termos de desemprego, esse dado também remete ao elevado número de analfabetos funcionais, esse fator relevante permite que as pessoas se tornem incapacitadas para exercer determinados cargos de emprego, o que torna a população dispensável para o mercado de trabalho (IBGE,2013).

A Tabela 2 apresenta variáveis extremamente relevantes sobre a situação socioeconômica e demográfica dos participantes, o que permite identificar quais as condições em que estes indivíduos estão inseridos dentro da sociedade, e dessa forma uma melhor compreensão do seu estilo de vida.

Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo quem mora com o estudante e profissão /ocupação. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).

Variável	Categorias	Sim		Não		Total	
		F	%	F	%	F	%
Residentes na casa	Moro sozinho	2	2,0	98	98,0	103	100,0
	Pai	36	34,9	65,1	65,1	103	100,0
	Mãe	40	38,8	61,2	61,2	103	100,0
	Filhos	48	46,6	53,4	53,4	103	100,0
	Irmãos	35	33,9	66	66,0	103	100,0
	Esposa	35	33,9	66,1	66,1	103	100,0
	Companheira	17	16,5	83,5	83,5	103	100,0
	Amigos ou Colegas	8	7,7	92,3	92,3	103	100,0

(Continuação)

Total					103	100,0	
Profissão/ Ocupação	Eletricista	1	1,0	99	99,0	103	100,0
	Motorista	4	3,8	96,2	96,2	103	100,0
	Vigilante	4	3,8	96,2	96,2	103	100,0
	Microempreendedor	9	8,7	91,3	91,3	103	100,0
	Aposentado/pensionista	8	7,7	92,3	92,3	103	100,0
	Autônomo (comerciante)	29	28,1	71,9	71,9	103	100,0
	Agricultor	34	33,9	66,1	66,1	103	100,0
	Estudante	42	40,7	59,3	59,3	103	100,0
	Mecânico	1	1,0	99	99,0	103	100,0
Total					103	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao número de pessoas que residem na casa incluindo o participante do estudo, verifica-se que 48 (46,6%) destes estudantes moram com os filhos, 40 (38,8%) convivem com a mãe, 36 (34,9%) moram com o pai, e cerca de (68%) alegam morar com a esposa e irmãos. Esse fator é bastante relevante, pois mostra que a sociedade brasileira como fora citada anteriormente, prefere manter suas raízes e viver com a sua linhagem, formando comunidades a partir da constituição de lares, uma vez que estas compõem o corpo social.

De acordo com o IBGE (2010), a família é um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco e que vivem em uma unidade doméstica, na qual podem ser divididas em três tipos: unipessoal (quando é composta por uma pessoa apenas), de duas pessoas ou mais com grau de parentesco, ou de duas pessoas ou mais sem parentesco. O Censo ainda mostrou que a maioria das unidades domésticas (87,2%) são constituídas por duas ou mais pessoas com laços de parentesco, considerando o levantamento minucioso do censo que na sua coleta de dados inclui 67,6 milhões de domicílios nos 5.565 municípios brasileiros.

Nesse sentido, Nascimento (2008) ao estudar os arranjos familiares, destaca que os jovens adultos de 18 a 34 anos moram com os pais, e enfatiza que esse comportamento se refere ao fato dos mesmos preferirem morar na casa dos pais, haja vista que o grupo mais jovem, raramente alcança a propriedade de uma casa, e muitos permanecem residindo em família, mesmo já tendo cursando uma faculdade.

Quanto à variável profissão/ocupação ao serem investigados, 42 (41%) dos participantes declararam serem estudantes, 34 (33%) serem agricultores, o que leva a entender o alto índice de homens que frequentam o EJA, pois a mesma funciona no período noturno para atender a demanda de sujeitos que trabalham durante o dia.

Em consonância Conceição, Fraxe e Schor (2009), descreve que o trabalho no campo requer muito tempo dos agricultores que se dedicam apenas as atividades laborais, o que é compreensível à dificuldade em participar do sistema de ensino regular, dado que essa é uma realidade enfrentada por milhões de brasileiros que são privados de uma educação formal, ou iniciam tardiamente seu processo de escolarização.

De acordo com BRASIL (2010b) os contingentes das pessoas analfabetas absolutas no Brasil chegam a um número expressivo de 14,6 milhões. Logo se percebe que há um longo e árduo caminho a ser percorrido para que esse elevado índice de analfabetismo seja de fato superado no país, isso sem contabilizar os analfabetos funcionais, o que compreende cerca de 31 milhões de cidadãos, que sabem ler e escrever, no entanto não compreendem bem um texto e não possuem a certificação da educação básica, direito garantido desde 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu Artigo 26^a (FARIAS; ROSSI; FURLANETTI, 2012).

Com o intuito de atingir aos objetivos propostos no estudo e com base na análise do material coletado, para melhor compreensão dos leitores foram distribuídas tabelas e gráficos com valores absolutos e percentuais para cada variável, respondendo as duas subdivisões no questionário, a saber: A identificação do conhecimento sobre sexo, sexualidade e a influência na saúde, e a Identificação do comportamento sexual e a influência na saúde.

6.2 Definição do conhecimento sobre sexo e sexualidade e a influência na saúde

Ao analisar o estilo de vida e o conhecimento dos participantes da pesquisa sobre as temáticas supracitadas, nota-se que as mesmas têm a capacidade de influenciar diretamente ou indiretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, e em especial a susceptibilidade em adquirir IST'S e HIV- AIDS. Este capítulo aborda ainda a caracterização do comportamento sexual precoce dos homens, sendo analisadas as seguintes variáveis: sexo e sexualidade, início e atividade sexual ativa. Os resultados obtidos estão dispostos a seguir na Tabela 3.

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo as variáveis: sexo, sexualidade, início e vida sexual ativa. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).

	Categoria	F	%
Sabe o que é sexo	Sim	103	100,0
	Não	--	--
Total		103	100,0
Sabe o que é sexualidade	Sim	31	30,1
	Não	72	69,1
Total		103	100,0
Possui vida sexual ativa	Sim	98	95,1
	Não	05	4,8
Total		103	100
Início da vida sexual	12 anos	20	19,4
	13 anos	20	19,4
	14 anos	20	19,4
	15 anos	16	15,5
	16 anos	13	12,8
	17 anos	06	5,8
	18 anos	08	7,7
Total		103	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O presente estudo apontou que todos (100%) dos participantes revelaram saber o que é o sexo, apesar de ser uma temática conhecida, ainda é permeada por mitos, tabus, proibições e silêncios. O sexo é compreendido pela comunidade acadêmica como uma característica biológica, hereditária, que distingue fisicamente o homem da mulher e para o senso comum o sexo é visto apenas como a relação sexual propriamente dita e os distintos órgãos genitais (ALMEIDA et al., 2011).

Por conseguinte o aprendizado das interações amorosas e sexuais não é retido pela consciência, as atitudes nesse caso são interpretadas como espontâneas, assim como dita no jargão “a gente já nasce sabendo”, e leva a experimentação do corpo em contatos afetivo-sexuais, um aspecto comum da socialização entre os jovens brasileiros (HEILBRON, 2012).

Tomando como base a Teoria Freudiana, Schindhelm (2011) reafirma que as experiências e as condutas sexuais emergem na infância e se perpetua não somente durante o

período pré-puberal, mas até a vida adulta. Esse desenvolvimento da personalidade se dá em estágios, dominados por tendências sexuais, provenientes de impulsos instintivos e não aprendidos, porém com o objetivo do prazer reflete na vida e no comportamento do ser humano.

Se tratando do quesito sexualidade, 72 (69,1%) dos estudantes responderam não saber sobre o assunto. Vale salientar que quando questionados sobre o que sexo, todos responderam saber o que significa, todavia observa-se que apesar do assunto fazer parte do seu cotidiano o conhecimento e a distinção entre as temáticas são insuficiente ou inexistente.

É oportuno destacar que sexualidade é uma característica inerente ao ser humano, presente desde a vida intra-uterina até o final de sua existência, uma forma de expressão que irá refletir em todo o seu contexto sociocultural, no qual o sujeito está inserido e se desenvolve. Dado esse contexto, Macêdo (2013) entende a sexualidade humana como uma construção social, baseada na coordenação de uma atividade mental e corporal, ambas aprendidas ao longo de processos culturais, destacando o ciclo de vida das pessoas, que envolve práticas e desejos ligados à satisfação, a afetividade, ao prazer aos sentimentos, ao exercício da liberdade e a saúde.

Segundo Dias et al., (2010), a sexualidade é o desejo de contato, calor, carinho, amor, incluindo o olhar, beijar, autoprazer e produção de orgasmo mútuo, o que abrange o ato sexual, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade também é percebida através dos pensamentos, fantasias, desejos opiniões, atitudes, valores comportamentos, juntamente com a interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos legais, históricos, religiosos, espirituais, todos influenciando nas práticas sexuais de cada grupo social.

Os processos de aprendizagem cultural em torno da sexualidade estão intimamente relacionados aos códigos de gênero vigentes no contexto social em que os sujeitos estão inseridos, no qual as idades devem ser adequadas para a expressão da sexualidade e consequentemente dependente das muitas convenções sociais (RUIVO et al., 2014).

Campos (2012) destaca que a sexualidade no contexto brasileiro, ainda é visualizada como um tabu, permeada por princípios morais e preconceitos, apesar dos esforços na ampliação de sua compreensão. No entanto, ela foi implantada como educação sexual e passou a não estar mais vinculada a uma visão “biologicista”, restrita ao campo da reprodução, dos órgãos genitais, mas ligada a vida, a maneira como as pessoas se relacionam, as vivências cotidianas nos relacionamentos e as experiências influenciadas pela história e pela cultura.

Em relação à existência da vida sexual ativa, 98 (95,1%) dos participantes alegaram ter essa prática rotineiramente. Com os grandiosos avanços da modernidade, a população passou a adquirir novos hábitos com relação à prática do sexo, que se tornou algo comum dentro da sociedade, mesmo que ainda sendo permeado por normas e princípios morais rigorosos. Dessa forma, diante da influência cultural a qual a sociedade é submetida, o homem e a mulher são levados a vivenciar o início e a continuidade das práticas sexuais de maneira diferenciada (SILVA et al., 2010).

Vivenciar a sexualidade com um parceiro ou parceira é uma das experiências de maior repercussão na vida, é a descoberta do novo, é um processo de experimentação pessoal cada vez mais forte, que pode influenciar o relacionamento sexual (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

No que concerne ao início da vida sexual, sobressaem aqueles participantes que iniciaram aos 12, 13 e 14 anos de idade representando um quantitativo de (58,2%) de adolescentes que iniciam suas práticas sexuais com prematuridade deste ato. O homem tende a praticar o sexo precocemente, com o intuito de provar sua masculinidade heterossexual e sua autoafirmação como homem, com várias parceiras e mantendo a diferença entre o sexo e o amor (CORDEIRO; SILVA; BARBOSA, 2009).

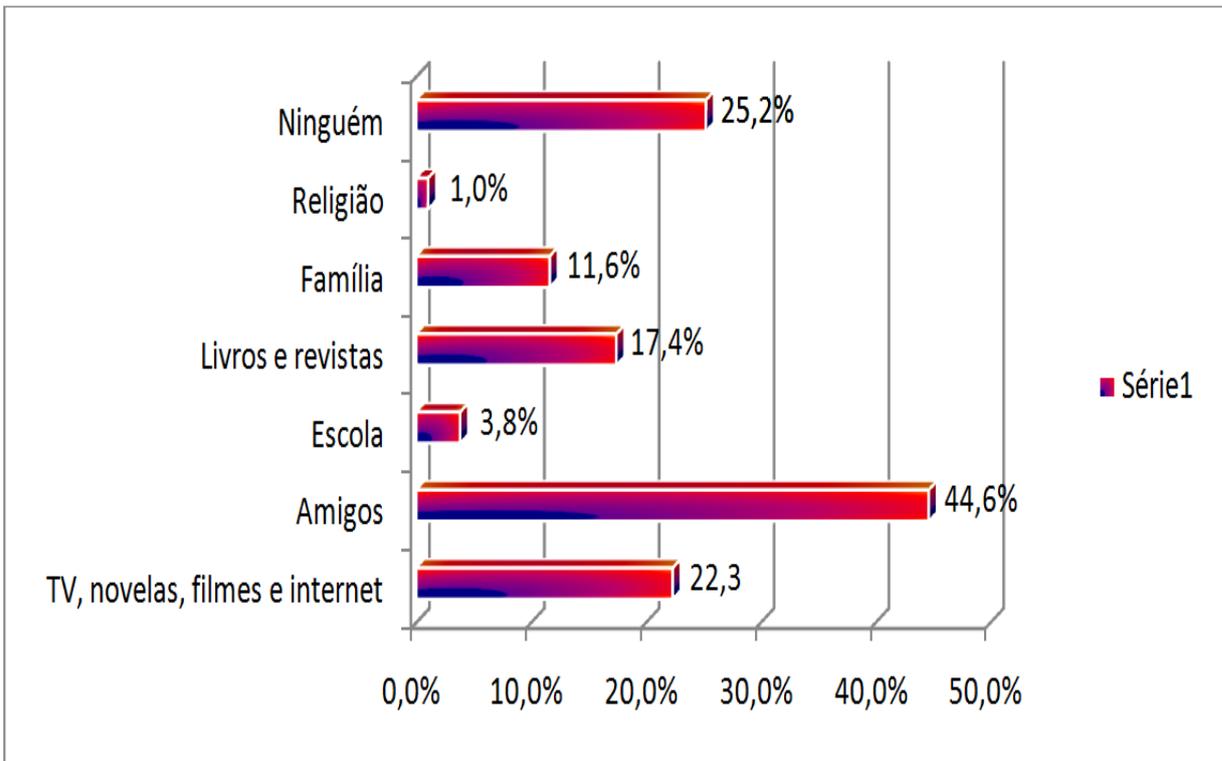
Meninos têm a primeira relação sexual muito cedo, motivados pela atração física e com parceiras sem vinculação afetiva, e geralmente iniciam o namoro aos 12 anos de idade (SILVA et al., 2010; BRÊTAS et al., 2015).

Em geral, a atividade sexual inicia-se sem clareza suficiente entre o que se deseja e a influência sofrida pelos pares e pela sociedade, e através da mídia os adolescentes são estimulados a iniciarem atividades sexuais precocemente (BORGES; FERREIRA, 2015).

Ratificando esses achados, Aboim (2012) retrata em sua pesquisa sobre riscos e prevenção do HIV/AIDS, que por vezes o sexo desprotegido, ocorre devido à valorização de uma experiência corporal, sensorial, e se concretiza a partir de um contato mais intenso com o outro. Entretanto verificou-se ainda que em muitos grupos sociais as relações entre pais e filhos são travadas por concepções que definem a sexualidade não como um assunto para se conversar abertamente, pois comprometeria o respeito entre as gerações, garantindo um espaço para que os mesmos pratiquem sexo sem orientação, com dúvidas e despreparados (CHRISTO, 2010).

A seguir encontra-se o Gráfico 1, no qual apresenta dados significativos a respeito de fatores que diretamente ou indiretamente podem influenciar o início das práticas sexuais da população masculina de modo geral.

Gráfico1- Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a influência para o início da atividade sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015(n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico1 destaca que a maioria dos homens 46 (44,6%) iniciou atividade sexual durante a adolescência, influenciado pelos amigos, outros participantes 26 (25,2%) referiram não ter sido influenciado por ninguém, simplesmente decidiram ter atividade sexual mediante a autonomia que possuem. Estudos realizados com adolescentes e jovens no Brasil e no mundo mostram que a vida sexual dos adolescentes tem início cada vez mais cedo e que a precocidade está associada ao sexo desprotegido e ao maior número de parceiros ao longo da vida, e tal comportamento põe em risco a saúde dessa juventude (BRASIL, 2011b).

Ainda corroborando aos achados dessa pesquisa, é possível verificar que os adolescentes do sexo masculino que se interessam mais precocemente pela iniciação sexual, são mais desinibidos e tendem a não se preocupar com as consequências que o sexo inseguro pode ocasionar, como as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez. Além disso, há motivação de pais e amigos para manterem relações sexuais como uma prova de sua virilidade e masculinidade (RESSEL et al., 2011).

Assim, a experimentação do corpo em contatos afetivo-sexuais na adolescência integra hoje em dia a socialização comum dos jovens brasileiros, que usam os contatos corporais de modo mais íntimo e variado, uma vez que outrora a versão tradicional do namoro, não existia a penetração vaginal, e esta permanecia proibida a fim de preservar a virgindade da moça. No

entanto, no Brasil, com as modificações recentes nos costumes sexuais, introduziram uma nova temporalidade da sexualização no namoro e em outras formas de relacionamento entre os jovens, como o sexo sem compromisso (HEILBRON, 2010).

Colegas e amigos se tornam fortes referências de validação e reconhecimento dos sujeitos e cada vez mais, desempenham um papel expressivo na modelação de suas condutas, especialmente no que diz respeito ao sexo, e no exercício da sexualidade, como vivem em grupos, uns compartilham de suas experiências sexuais com os outros e os induzem a iniciarem atividade sexual de forma precoce, desprotegida e sem orientação alguma (RESSEL et al; PAIVA et al., 2011).

Deste modo, compreende-se que os jovens realizam práticas sexuais de forma prematura, desprotegida e desorientada, com a finalidade de aceitação no grupo de amigos e de externar o seu desejo em busca do prazer, tornando-os vulneráveis as IST'S. Ao se tratar do público masculino e do contexto em que os mesmos vivem, a virilidade e machismo prevalecem, a fim de demonstrarem seu papel dentro da sociedade como ser distinto e autônomo (ABOIM, 2012).

Nesse sentido, observa-se que os veículos de informação como TV, novelas, filmes, jornais, revistas, possuem um percentual significativo de (22,3%) de imagens com um fortíssimo apelo sexual que gera curiosidades e fantasias sexuais nas crianças e nos jovens (COSTA; FERNANDES, 2012). Entretanto, é justamente neste período da vida que a educação sexual deve ser praticada, não como uma maneira superficial e duvidosa, mas de forma harmônica e saudável (PINEHIRO; COUTO; SILVA, 2011).

Segundo Gonçalves, Faleiro e Malafaia (2013) as famílias e as escolas são quem menos os jovens procuram para orientação sobre atividades sexuais, essa procura diminuta, seja talvez devido a própria falta de interesse, dos jovens, e das limitações dos pais e dos educadores, quanto ao ensino sobre educação sexual, de modo sadio, sendo pautada em valores e hábitos condizentes com a valorização da vida e com os direitos humano.

Não obstante, Melo e Santana (2014) descrevem em suas pesquisas que tanto no ensino fundamental quanto no ensino médio, (70%) dos entrevistados ressaltaram que as discussões eram basicamente voltadas para questões biológicas, realizadas por professores de ciências ou de biologia e apenas 1/3 relatou ter participado de alguma discussão sobre sexualidade dentro do espaço escolar; embora desde 1998, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNS) já incluíssem a sexualidade como um tema transversal.

Por outro lado, a família e a escola representa um importante agente de informação sobre sexo e sexualidade, que pode e deve ser abordada pelas escolas no sentido de esclarecer

as dúvidas ou distorções que possam existir, fazendo-os refletir de modo pessoal e coletivo, acerca do que lhes foi exposto, cabendo à escola tratar as questões de sexualidade na perspectiva da equidade (BORGES; FERREIRA, 2015).

Destarte, Almeida (2011) reconhece a potencialidade das escolas quanto ao ensino sobre a orientação sexual e de sua inclusão como tema transversal nos espaços da educação formal, tendo ainda como eixo norteador, a ética, a cidadania e os direitos humanos.

A seguir encontra-se a Tabela 4 que aborda duas variáveis referentes aos vários métodos contraceptivos disponíveis e acessíveis, bem como a frequência da utilização destes dispositivos pela população masculina.

Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sua utilização. Cuité/PB, em Jun. de 2015(n=103).

Variável	Categoria	Sim		Não		Total	
		F	%	F	%	F	%
Métodos anticoncepcionais conhecidos**	Camisinha masculina	99	96,0	4	4,0	103	100,0
	Camisinha feminina	17	16,5	83,5	83,5	103	100,0
	Anticoncepcional	34	33,0	67	67,0	103	100,0
	Pílula do dia seguinte	22	20,3	79,7	79,7	103	100,0
	Coito interrompido	9	8,7	91,3	91,3	103	100,0
	Tabelinha	10	9,7	90,3	90,3	103	100,0
	DIU	7	6,7	93,3	93,3	103	100,0
	Laqueadura	7	6,7	93,3	93,3	103	100,0
	Vasectomia	6	5,8	94,2	94,2	103	100,0
	Conheço todos	5	4,8	95,2	95,2	103	100,0
Total						103	100,0
Métodos anticoncepcionais utilizados**	Não utilizo	71	68,9	31,1	31,1	103	100,0
	Camisinha Masculina	29	28,1	71,9	71,9	103	100,0
	Coito interrompido	1	1,0	99	99,0	103	100,0
	Pílula do dia seguinte	7	6,7	93,3	93,0	103	100,0
Total						103	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Constata-se a partir dos dados obtidos na Tabela 4, que 99 (96%) dos participantes confirmaram conhecer a camisinha masculina, o que leva a perceber que ainda é um dos métodos contraceptivos mais divulgado por programas do governo com propagandas, ou através das equipes de saúde das ESF.

Malta, Martins e Almeida (2013) aborda que 100% dos adolescentes e jovens relataram conhecer o preservativo masculino, não sendo diferente de outros estudos, em que a média de conhecimento dos jovens entrevistados chega a 98,8%, o que indica um conhecimento satisfatório. Acredita-se que campanhas nacionais e locais em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais, para prevenir as IST'S, tenha sido o ponto base para encontrar estes resultados. O uso do preservativo masculino é imprescindível para evitar as IST'S, por isso é bastante divulgado pela mídia (ABOIM, 2012).

Deste modo, pensando em atender o indivíduo em todas as suas particularidades, surge à criação da PNAISH, no qual o homem passou a ser atendido dentro de suas respectivas necessidades (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). Visando a saúde integral do homem, cabe os cuidados de saúde sexual que outrora fora esquecida, mas que agora tem um papel de destaque na acepção de práticas que incentive a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, e agora passam a deter conhecimento sobre como realizar tal prevenção, com o uso do preservativo masculino (FILHO; LAURENTIN, 2012).

A presente pesquisa evidencia dados alarmantes, no que se refere à utilização dos métodos contraceptivos pelos estudantes, em que 7 (6,7%) dos participantes utilizaram a pílula do dia seguinte, e outro 1 (1%) faz uso do coito interrompido, um dado preocupante que revela que a população masculina tem uma preocupação maior em não engravidar suas parceiras, mas ficam vulneráveis as IST'S, pois negligenciam o uso do preservativo masculino em todas as suas relações sexuais.

Diante dessa realidade, Brêtas et al., (2015) confirma que 78% do público masculino já teve à pretensão ou utilizou algum método contraceptivo, destacando o preservativo masculino, seguido da pílula do dia seguinte com 16% dos jovens pesquisados.

Em conformidade com esses dados, Melo e Santana (2014) afirmam que o sexo seguro é referido pelos jovens; no entanto, eles não utilizam métodos que garantam essa seguridade, pois cerca de 86,1% dos universitários de Porto Alegre consideram-se conhecedores dos métodos contraceptivos e apenas 61% informaram que fazem uso sistemático deles. Nesse mesmo estudo, observa-se um predomínio das mulheres de 79%, se comprado com os homens de 45,9%, confirmando que ainda há um grande contingente de jovens mantendo relações sexuais desprotegidas.

A população masculina tende a utilizar os métodos anteriormente citados como uma forma de prevenção de uma possível gravidez da parceira, mas não se atentam para as IST'S e sem maiores preocupações não fazem uso disseminado desses artifícios. Assim, a gestão da prevenção de doenças e contracepção contínua, passa a ser encargo do público feminino,

ainda bastante submetido à capacidade de autodeterminação e de negociação com o parceiro. Mediante a essa situação, é importante considerar que o uso do preservativo é o oposto da espontaneidade que se costuma atribuir ao sexo e à juventude (RUSSO, 2013).

Com relação aos métodos contraceptivos utilizados, 71 (68,9%) dos participantes deste estudo responderam não utilizar nenhum, o que chama a atenção, pois muitos conhecem, mas não utilizam. Neste sentido, as razões para a não utilização dos contraceptivos entre os adolescentes estão relacionadas ao não planejamento da relação sexual, a falta de confiança nos métodos, à onipotência adolescente e à rejeição do parceiro por interferência em seu prazer sexual (SILVA, 2010).

Aboim (2012) adverte que os jovens muitas vezes não utilizam preservativos por ser incômodo ou devido à impossibilidade de adquirir prazer; assim as pessoas tendem a se apoderar de uma maior liberdade frente às normas e discursos socialmente estabelecidos.

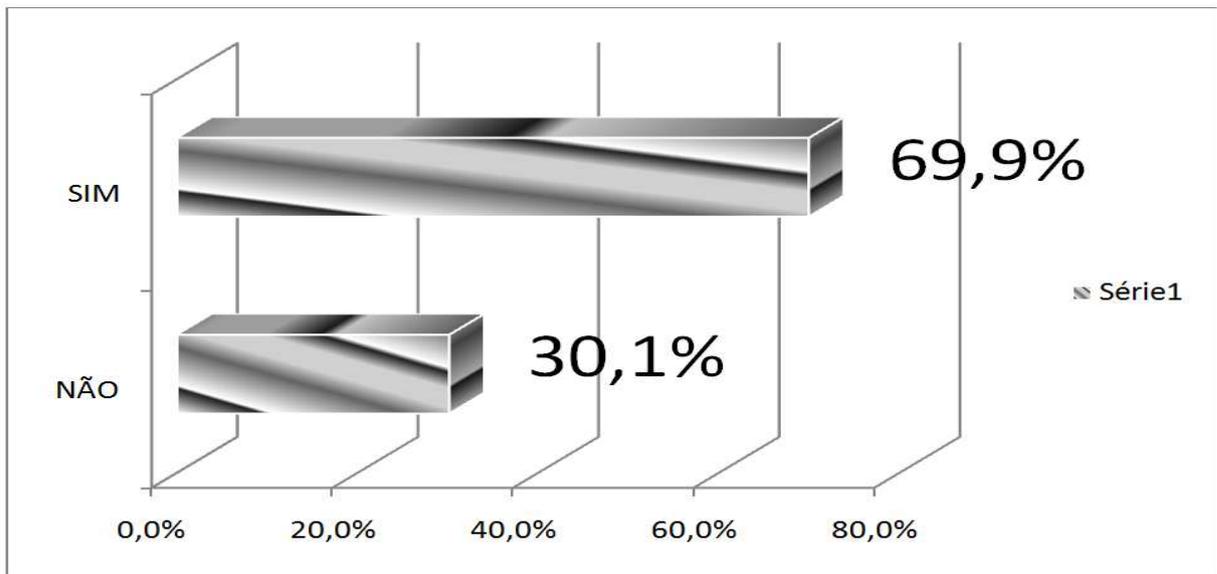
Nesse contexto, Fontenella e Gomes (2012) afirmam que o uso do preservativo nem sempre é possível no dinamismo em que a sexualidade impõe, pois até mesmo a aparência das pessoas pode ser um indicativo para se ter uma relação sexual protegida, no qual o prazer e os riscos se mesclam e não podem ser vistos um sem o outro. Além disso, o constrangimento em se tornar público a sexualidade, aliado ao fator de se solicitar o preservativo, comumente associado a sexo promíscuo, desregrado ou infiel, pode desencadear uma desqualificação dos sujeitos que precisam fazer uso.

Apesar disso, o uso da camisinha se faz extremamente necessário durante o ato sexual, não somente para prevenir uma gravidez, mas principalmente as IST'S destacando a HIV-AIDS, estabelecendo um contato sexual de forma mais segura para ambos os parceiros (DIAS et al., 2010).

Portanto não discutir contracepção é permanecer cego diante do fato de que as relações sexuais de jovens e adolescentes estão cada vez mais comuns, por isso é necessário ajudá-los a compreender o real significado de práticas sexuais seguras, que reflete diretamente na sua saúde (SALOMÃO; SILVA; CANO, 2013).

A diante encontra-se o Gráfico 2, que confirma os achados dos dados anteriores analisados no Gráfico 1 e nas Tabelas 3 e 4, revelando que os homens possuem vida sexual ativa, e que já engravidaram em algum momento de suas vidas alguma parceira.

Gráfico 2- Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a experiência de engravidar alguma parceira. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Ao verificar as variáveis, observa-se que 72 (69,9%) dos entrevistados já engravidaram sua parceira, deixando claro que apesar de conhecer os métodos contraceptivos, poucos fazem uso dos mesmos. Confirmando esses dados, no Brasil, apesar da diminuição das taxas de fecundidade, a gravidez na adolescência é um fenômeno que pouco se alterou na última década, inclusive em 2004, o número foi de 26.276 e em 2008 de 28.479, sendo 15 mil destes, nas regiões Norte e Nordeste (UNICEF, 2011).

Desse modo, observa-se que o exercício sexual geralmente é realizado sem uma orientação adequada, e frequentemente, é associado ao não cuidado em saúde e ao comportamento desprotegido em relação a si mesmo e aos outros (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011). Para Vonk, Bonan e Silva (2013), descrevem o homem com um ser dotado de autonomia frente ao sexo e a concepção de filhos, representando um comportamento distinguido dentro da sociedade, considerando ainda que os mesmos iniciam uma relação de vida afetiva e sexual apenas com o compromisso em satisfazer seus desejos, sem maiores responsabilidades consigo ou para com a parceira.

Nessa mesma perspectiva, no que concerne à reprodução, as mulheres continuam sendo culpabilizadas por engravidar e os homens são ligeiramente absolvidos de sua participação neste evento, por não procuram participar do planejamento familiar e por alegar falta de tempo. Além disso, é importante considerar a educação sexual como um instrumento que poderia fazer com que a contracepção e a proteção nas relações sexuais se integrassem de maneira regular na vida dos jovens e adultos (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Ao contrário do que se propaga a educação sexual não estimula e nem antecipa a atividade sexual dos jovens, uma vez que esclarecidos, tendem a ser mais responsáveis e a adiar o início da vida sexual. Investigações sugerem que a atitude parental positiva em relação à sexualidade, o bom relacionamento e a percepção de supervisão parental influenciam no adiamento da primeira experiência sexual dos filhos e na redução da gravidez não planejada (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

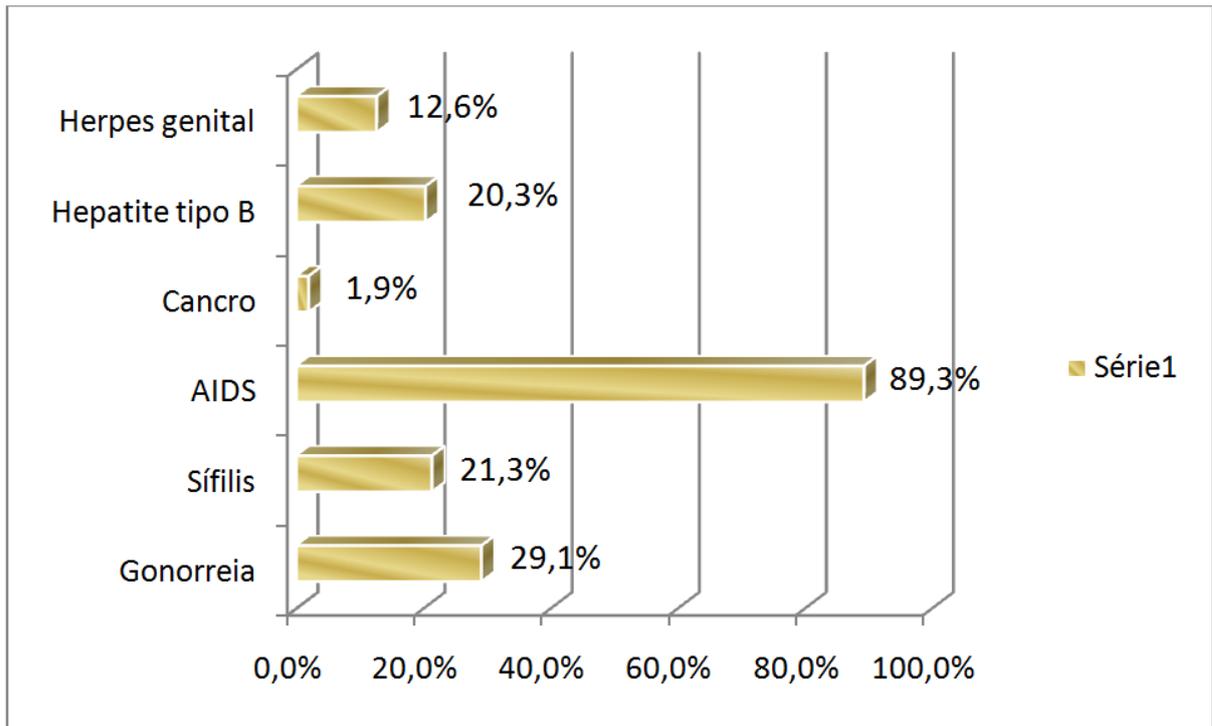
Nesse contexto, é extremamente imprescindível que a orientação sexual seja vista não apenas como uma inserção de modo transversal no sistema educacional, mas como um direito conquistado para a população jovem, a fim de garantir que suas práticas sexuais sejam realizadas com segurança e respeito (RESSEL, 2011).

Enfatizando essa pesquisa, destaca-se a importância de estudos e leituras no campo da sexualidade voltada para o ambiente familiar, visando o planejamento não somente de práticas sexuais saudáveis, socialmente livres e responsáveis, como também de uma gravidez planejada. Dessa forma, a família pode propiciar informações atualizadas do ponto de vista científico e assim explicitar valores associados à sexualidade e aos comportamentos sexuais existentes na sociedade, possibilitando ao jovem se questionar, refletir e encontrar os próprios valores, recebendo de maneira crítica as informações e as opiniões repassadas pelos pais (SALOMÃO; SILVA; CANO, 2013).

Nessa perspectiva educar sexualmente consiste em oferecer condições para que as pessoas assumam seu corpo e sua sexualidade com atitudes positivas, livres de medos, preconceitos, culpas, vergonha, bloqueios ou tabus. Conforme ressaltado por Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS, 2013), a educação sexual deve ser entendida como um direito que as crianças, adolescentes, jovens e adultos têm de conhecer seu corpo e ter uma visão positiva da sexualidade; de manter uma comunicação clara em suas relações; de ter pensamento crítico; de compreender seu próprio comportamento e do outro (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

A diante está exposto o Gráfico 3, este descreve de maneira clara e objetiva algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV-Aids, e permite identificarmos quais destas são de conhecimento da população amostra deste estudo, levando-nos a compreensão dos fatores que favoreciam ou dificultam o processo do conhecimento sobre as variáveis.

Gráfico 3- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. Cuité/PB, em Jun. de 2015(n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os dados desta pesquisa presentes no Gráfico 3 demonstram que a maioria dos estudantes 92 (89,3%) responderam conhecer a AIDS, 30 (29,1%) a Gonorreia e 21 (20,3%) a Hepatite tipo B. Assim, confere-se um dado relevante e preocupante, pois inúmeras são as IST'S, e boa parte da população desconhece ou ignora a sua existência, levando a entender que a saúde pública precisa intervir cada vez mais através de programas que alcance a população masculina.

Nesse contexto, a pesquisa revela que apesar das muitas infecções sexualmente transmissíveis, a AIDS que é transmitida pelo vírus HIV ainda é a mais conhecida pela população. Por se tratar de uma doença com alto grau de letalidade, a propagação do conhecimento acerca da doença foi algo necessário para que a população ficasse ciente dos riscos que correm ao entrar em contato com o vírus (QUIRINO; ROCHA, 2012).

O temor do HIV/AIDS foi suscitado a partir de fatos que indicam sua divulgação e o que a poderia causar, estimando-se no mundo, que 34 milhões de pessoas tenham vivido com HIV/AIDS até o final de 2010. No Brasil, de 1980 a junho de 2009, registraram-se 356.427 (65,4%) casos em homens e 188.396 (34,6%) em mulheres. Junto a isso, observa-se aumento dos casos de heterossexuais, passando de 22,5% em 1996, para 44,2% em 2005, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e IST'S 2009/2010 (REBELLO; GOMES, 2012).

Nesse sentido, a doença levou não apenas à alteração dos modelos sociológicos de compreensão do processo saúde-doença, mas possibilitou modos inéditos de interação entre os sujeitos e as políticas de saúde (BARROS; COLAÇO, 2013).

Embora a AIDS seja uma doença bastante conhecida mundialmente, existe outras IST'S que podem causar danos à saúde masculina, segundo os dados obtidos nesta pesquisa 30 (29,1%) dos participantes alegam conhecer além da HIV/AIDS, a Gonorreia. Dessa maneira, Cordeiro et al. (2009) descreve a Gonorreia como uma doença infecciosa do trato urogenital, bacteriana, transmitida quase que exclusivamente por contato sexual ou perinatal, que podem acometer primariamente as membranas mucosas do trato genital inferior e menos frequentemente aquelas do reto, orofaringe e conjuntiva, e que pode causar de infertilidade.

Ainda de acordo com o autor a Gonorreia tem se demonstrado de difícil controle na maioria das populações e permanece como um exemplo primário da influência de fatores demográficos, sociais e comportamentais.

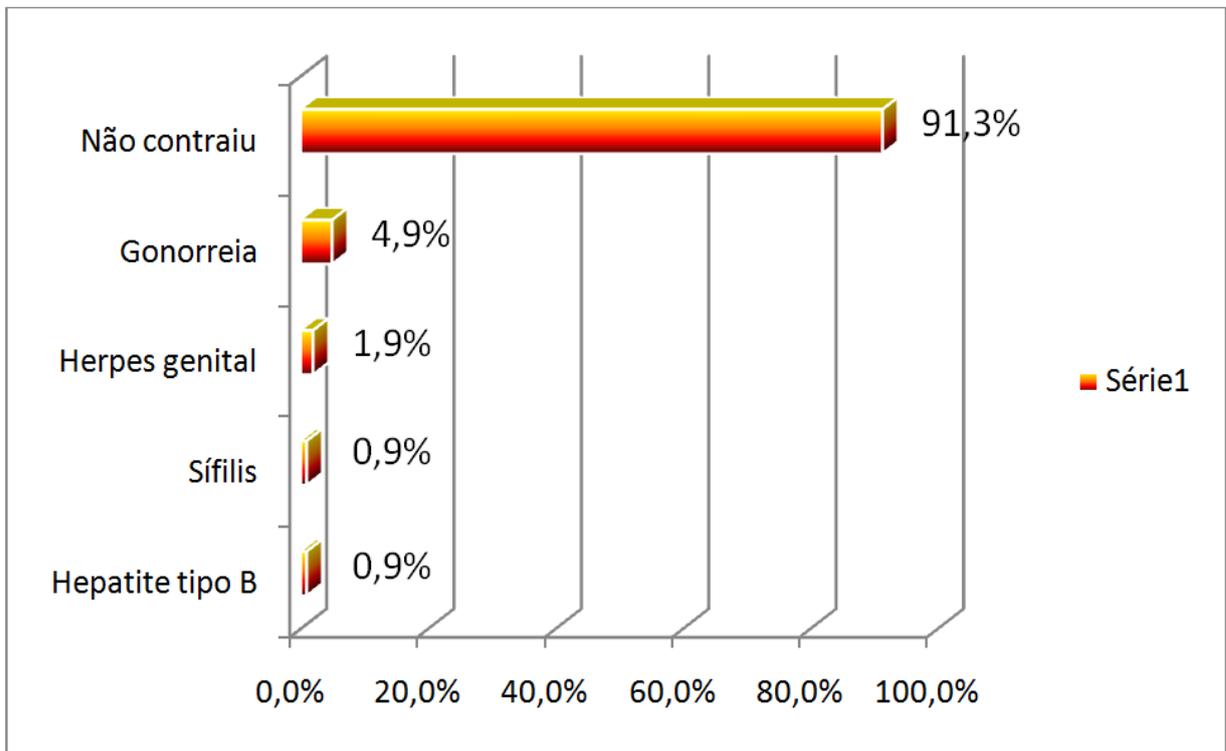
Não obstante esses dados observa-se que as investigações epidemiológicas nacionais indicam que no Brasil apenas a Sífilis e a HIV/AIDS são de notificação compulsória, e as demais são subnotificadas (LUNA et al.,2013).

Em razão das linhas de cuidado no Brasil, os poderes públicos têm marcado esse processo histórico por meio de estratégias contundentes em diferentes níveis preventivos, incluindo a educação em saúde sexual, com campanhas públicas visando incentivar o uso do preservativo pelos jovens em suas relações sexuais, compondo um conjunto de táticas de promoção à saúde e prevenção primária (CRUZEIRO et al., 2010). Todavia os homens alegam não procurar os serviços de saúde, devido à incompatibilidade de horário com a jornada laboral e por se sentirem constrangidos em procurar atendimento, em virtude da construção do modelo hegemônico (SILVA et al., 2012).

Logo se percebe que a construção da masculinidade está relacionada à capacidade de exposição a riscos, status de dominador, ativo e provedor da família, o que contribui para dificultar ações promotoras de saúde, fazendo com que muitos homens se declarem saudáveis, mesmo sem conhecerem seu estado de saúde, e só procurarem por cuidados com a presença de intensa sintomatologia de alguma patologia, o que revela a falta de interesse pela busca de prevenção e promoção a saúde (VIERA et al., SEPARAVICH; CANESQUI 2013).

A seguir o Gráfico 4 revela alguns dados relevantes sobre os participantes, que afirmam não terem contraído nenhum tipo de IST'S, um dado alarmante, tendo em vista que muitos preferem não fazer uso do preservativo, confirmado pela Tabela 4.

Gráfico 4- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o contágio com alguma infecção sexualmente transmissível. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 4 destaca que 92 (91,3%) dos homens declaram não ter contraído nenhuma infecção sexualmente transmissível. Nesta situação, é oportuno fazer uma relação com a Tabela 3, a qual mostra que 20 (19,4%) dos homens iniciaram atividade sexual aos 12 anos de forma precoce, desprotegida, susceptível as IST'S e sem orientação sexual. Nesse sentido, os dados da Tabela 4 evidencia que 71 (65,7%) desses participantes não utiliza métodos contraceptivos, sendo reafirmado pelo Gráfico 2, no qual 72 (69,9%) homens já havia engravidado alguma parceira e portanto praticado atividade sexual desprotegida.

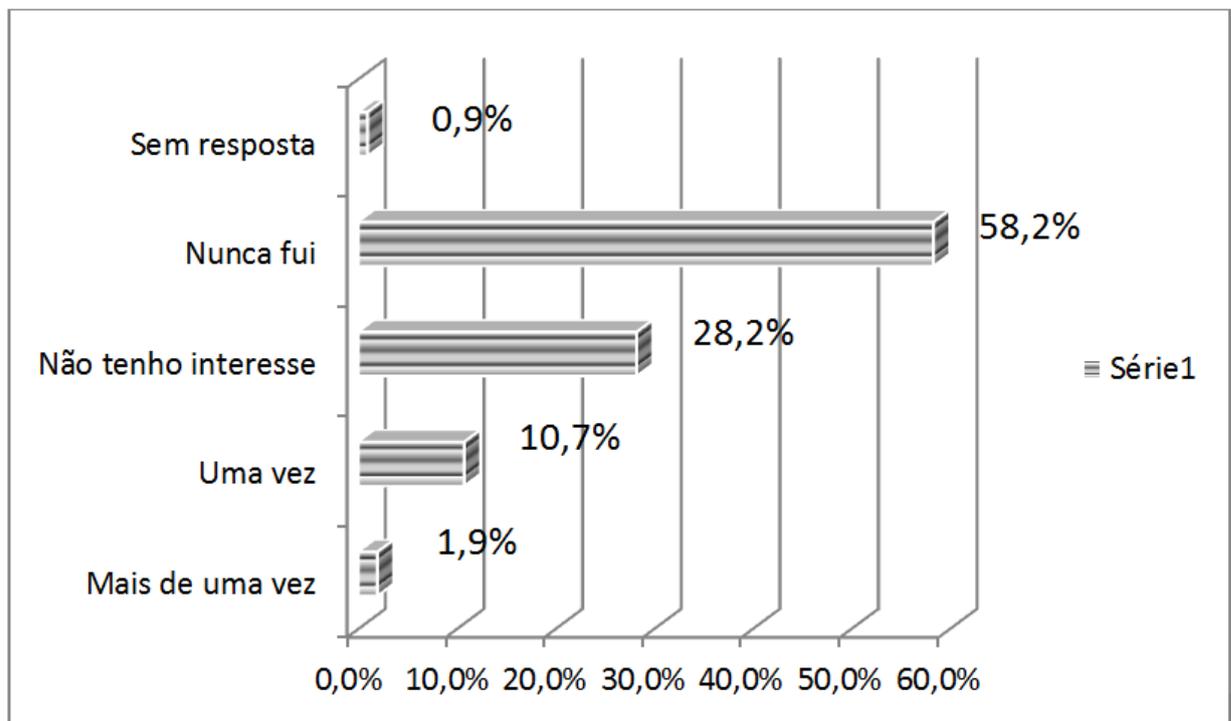
De acordo com Kanauth, Couto e Figueiredo (2012), a negligência com o que as atividades sexuais são desenvolvidas pelo público masculino, se dá pela falta de preparo com relação ao conhecimento que os mesmos possuem sobre a temática e até mesmo do preconceito em reconhecer que adquiriram alguma IST, pois acreditam que são mais resistentes do que as mulheres em relação às patologias.

Legitimando os dados acima, Gomes et al. (2010) abordam as questões de gênero como fator que dificulta ou mesmo impede os homens de reconhecerem que estão doentes, através da cultura construída que os legitimam como seres mais fortes do que as mulheres e

consequentemente, não adoecem e tão pouco necessitem de cuidados (SOUZA,2009; GOMES et al., 2011).

A seguir encontra-se o Gráfico 5 que aborda a variável referentes a frequência da busca pelos serviços de atenção primária à saúde, o que permite identificar os fatores que influenciam de modo direto ou indireto na procura por saúde para se informar sobre sexo e sexualidade.

Gráfico 5- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a frequência da busca pelos serviços de atenção primária à saúde, no contexto da sexualidade. Cuité/PB, em Jun.de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 5 deste estudo evidenciou que 60 (58,2%) dos participantes nunca procuraram por serviços de atenção primária à saúde para se informar sobre sexo e sexualidade, e cerca de 29 (28,2%) desses homens revelaram não ter interesse sobre o assunto. Esses dados evidenciam que as práticas sexuais acabam sendo realizadas sem orientação de um profissional de saúde capacitado, o que reflete diretamente na vulnerabilidade do processo saúde-doença.

De acordo com Melo e Santana (2014), o despreparo para lidar com a sexualidade, as barreiras e os preconceitos que perpassam esta temática, são fatores que permeiam a vida de

grande parte da população masculina, tendo em vista que este assunto, na maioria das culturas, ainda é considerado tabu.

Com um conceito formado de que não precisam se informar sobre sexo, os jovens acaba tirando suas dúvidas de modo casual com amigos (as), ou em sites, algo mais fácil e menos constrangedor, o que os levam a não procurarem as unidades de saúde, para desmistificar seus tabus, e passam a ir às unidades de saúde apenas para buscar preservativo, remédios ou verificar a pressão arterial (ALVES; AERTES, 2011).

Nesse sentido Lopez e Moreira (2013) apontam outros aspectos que também podem concorrer para uma menor procura pelos homens aos serviços de saúde, como por exemplo, a invulnerabilidade e a força relacionadas à masculinidade, impedindo que o homem demonstrem sinais de fraqueza e medo, e por outro lado existe uma maior exposição do corpo a um profissional da área médica, seja ele homem ou mulher, ou o medo de encontrar algo que possa deflagrar um diagnóstico de doença, tudo isso convergem em ideias relacionadas à possibilidade de se evidenciar uma fragilidade e a não procura pelos serviços.

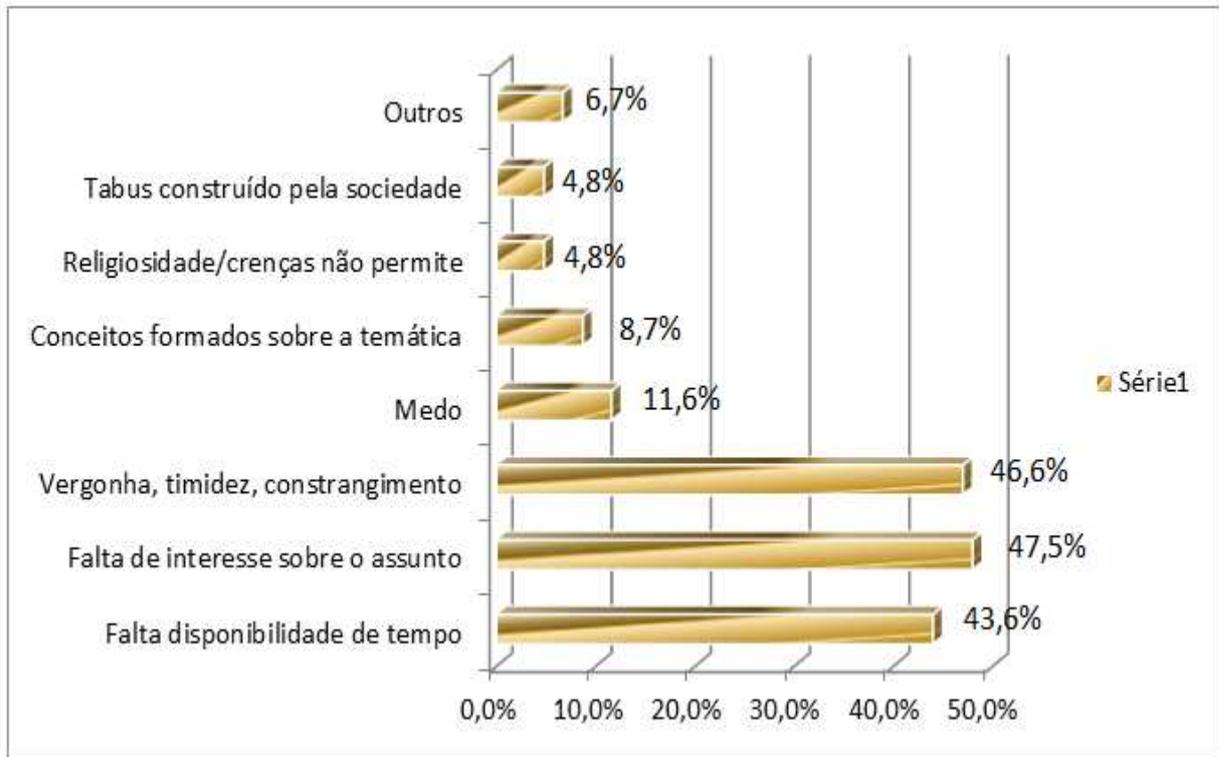
Apesar de o profissional enfermeiro estar disponível para extinguir as dúvidas sobre sexo e sexualidade, os homens se sentem constrangidos ao falar sobre o assunto, pois a maioria desses profissionais são mulheres, o que intimida bastante os homens, por eles se sentirem superior às mesmas (COSTA; COELHO, 2011).

Todavia algumas unidades de saúde não dispõem de um cronograma ao qual esteja inserida a educação sexual, apenas no planejamento familiar é orientado as mulheres são orientadas sobre a temática em questão, um fator que dificulta a procura dos homens, haja vista que os mesmos não costumam participar desse programa. Destaca-se ainda, a relevância de fortalecer os serviços de atenção primária, com intuito de organizar as políticas que respondam às demandas advindas da sociedade (SILVA et al.,2011).

Corroborando com os autores anteriormente citados, Ferreira, Araújo e Oliveira (2014) descrevem que existem outros motivos que contribuem para a resistência da classe masculina em buscarem os serviços de saúde, destacando os seguintes: o entendimento de que o cuidar é tarefa feminina; a carência de unidades específicas para o atendimento à saúde do homem; o fato de que a maior parte da equipe profissional é composta por mulheres; as dificuldades de acesso ao serviço e as questões associadas ao trabalho.

O Gráfico 6 descreve dados relevantes com relação os motivos que impedem os homens de procurar dos serviços de atenção primária à saúde para se informa sobre sexo e sexualidade.

Gráfico 6- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os motivos que impedem a procura dos serviços de atenção primária à saúde, no contexto da sexualidade. Cuité/PB, em Jun.de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 6 deste estudo refere-se a variável o que impede os homens de procurarem por serviços de atenção básica para se informar sobre sexo e sexualidade, e evidenciou que 49 (47,5%) dos participantes afirmaram a falta de interesse sobre o assunto, 48 (46,6%) confirmaram sentir vergonha, timidez e constrangimento, e 45 (43,6%) alegaram falta de disponibilidade de tempo; sendo assim, é possível detectar que esses homens não buscam por prevenção e promoção a saúde devido à construção histórica de um conceito hegemônico que perpetua até os dias atuais.

A ideia de invulnerabilidade pode ser tomada como um dos aspectos explicativos para uma menor procura por parte dos homens aos serviços de saúde preventivamente, é influenciada pelas interdições da masculinidade hegemônica, que quando vivenciadas e internalizadas pelo homem, cerceariam neste a busca por estes serviços. Isto aconteceria porque a procura representaria um sinal de fragilidade de sua masculinidade (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Para Couto et al. (2010) os homens tem dificuldade em buscar por assistência de saúde, porque os próprios serviços tem limitações para atender as demandas específicas dos homens, o que pode enfatizar a problemática em relação a saúde-adoecimento e ao cuidado,

gerando as barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. Para Gomes et al. (2011) um dos fatores que ingerência a procura desses homens aos serviços de saúde, são motivos de trabalho, e esse fator logo é apontado pelo público masculino como um dos maiores motivos a não frequentar os serviços de saúde, pois alegam não terem tempo, e como são provedores de seus lares necessitam trabalhar.

Os serviços de saúde constitui-se de um espaço feminilizado, pois os próprios profissionais destinam menos tempo aos homens e acabam por oferecer poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças, somados aos fatores institucionais, remetem aos horários de funcionamento e a dinâmica dos serviços, que geralmente são incompatíveis com as atividades laborais masculinas, e assim facilita uma maior resistência desses usuários que ainda consideram a doença como um sinal de fragilidade (FONTES et al., 2011; SILVA et al., 2012).

A cultura é um fator determinante para a educação em saúde, pois as crenças e os valores interferem na significação do que é ser masculino, uma vez que os homens foram educados para não chorar e manterem a postura, onde o estereótipo de homem está baseado em sua força, na masculinidade e nas atitudes. Portanto, o adoecimento demonstraria sua fragilidade, sendo seres invulneráveis e fortes, imunes a qualquer tipo de adoecimento, contribuindo para que o homem descuide de sua saúde e se exponha a mais riscos do que as mulheres (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

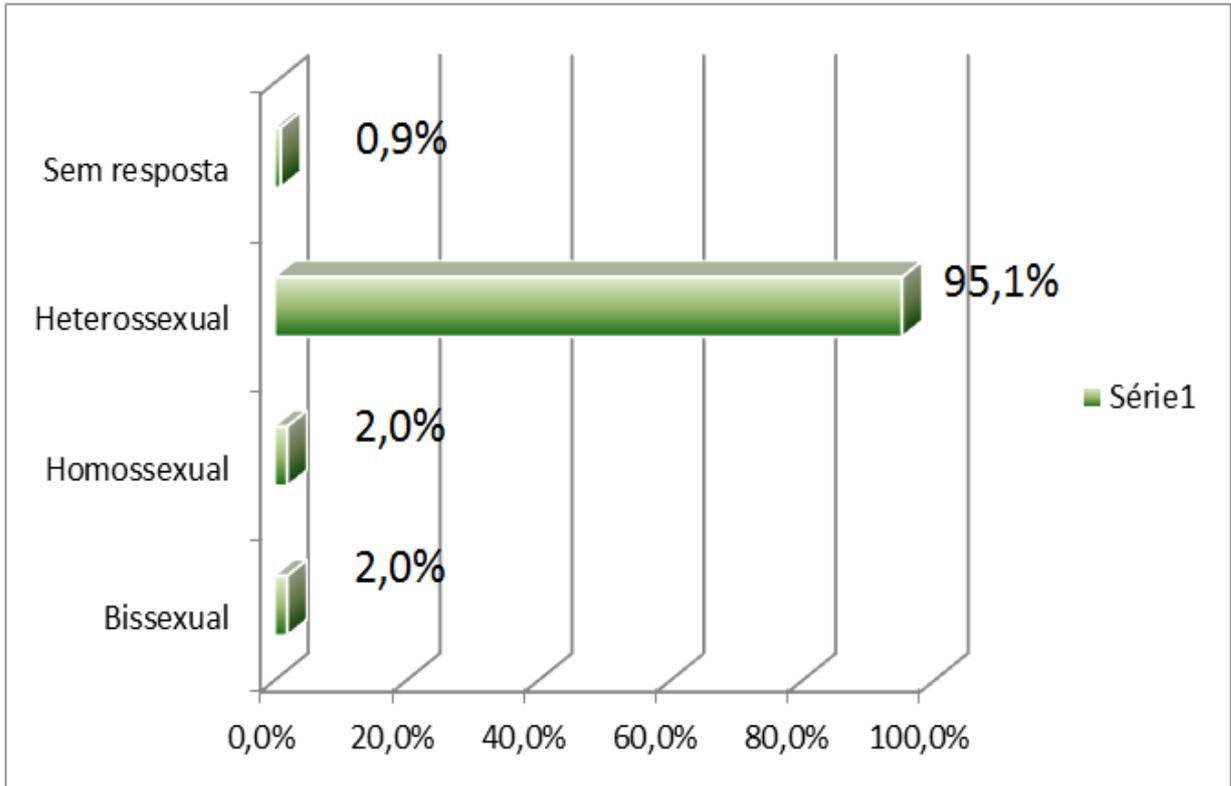
Destarte a construção do conceito de masculinidade hegemônica baseia-se na configuração relacional das práticas de gênero que são aceitas socialmente, um tipo de masculinidade tida por exemplar, no sentido marxista do termo, negando quaisquer características femininas que lhes possam ser atribuídas. Os homens são vistos como competentes, fortes, racionais, com uma sexualidade sem limites, em oposição à ternura, a fragilidade, revelando o caráter homofóbico de sua constituição genérica (SEPARAVICHE; CANESQUI, 2013).

6.3 Identificação do comportamento sexual e a influência na saúde.

Para uma melhor compreensão do comportamento sexual masculino e de como este pode influenciar na sua saúde, é primordial que seja realizado uma educação em saúde com enfoque na orientação sexual para esse grupo. A seguir, Gráficos e Tabelas encontra-se com a finalidade de evidenciar a conduta das práticas sexuais adotadas por homens do município de Cuité – PB.

O Gráfico 7 apresenta questões relacionadas a orientação sexual, uma temática de difícil abordagem, pois ainda é permeada por inúmeros mitos e tabus. Apesar da sociedade moderna tratar o tema como algo comum e rotineiro, o preconceito em lidar com esse assunto ainda é bastante abrangente, e engloba todas as classes, principalmente os homens que demonstram lidar com certo receio quando a temática.

Gráfico 7- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o tipo de orientação sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No Gráfico 7 observa-se que a maioria dos participantes 98 (95,1%) quando questionados sobre sua orientação sexual responderam ser heterossexuais, um número bastante elevado, tendo em vista a diversidade sexual da sociedade contemporânea. No entanto, questões como essa permite a reflexão de que até que ponto o modelo hegemônico predomina e impede esses homens de assumirem sua verdadeira sexualidade.

Corroborando com os dados acima, Bento (2012) retrata que a sociedade estabeleceu os gêneros inteligíveis aos quais obedecem a seguinte lógica: vagina-mulher-feminino *versus* pênis homem-masculinidade, formando um conceito sobre a heterossexualidade e às diferenças binárias entre os gêneros como prova inquestionável de que a humanidade é necessariamente heterossexual e que os gêneros só têm sentido quando relacionados às

capacidades inerentes de cada corpo. Mediante as performances de gênero, a sociedade controla as possíveis sexualidades desviantes e a heterossexualidade justifica-se pelo cotidiano dos gêneros binários.

Assim, devido à rejeição da sociedade em reconhecer a diversidade sexual, à homossexualidade elicia alguns jovens a desempenharem suas atividades sexuais longe da comunidade, o que os torna extremamente vulneráveis às experimentações sexuais sem nenhum tipo de proteção, ampliando as possibilidades de adquirir IST'S (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

Em concordância com Marola (2011), Nardi e Quartieiro (2012) afirmam que apesar da sociedade impor o heterossexualísimo, a heterogeneidade sexual existe no contexto brasileiro e está associada à ação dos movimentos sociais LGBTTIQ e se fortaleceu no Brasil na virada dos anos 80 e 90 em relação direta ou indireta com a epidemia da AIDS. Destarte, a redemocratização do país permitiu a pluralidade das expressões da sexualidade pelos movimentos sociais que assumiram um papel fundamental na luta pela afirmação do direito a uma sexualidade plena¹, defendida pelo feminismo, e do direito a uma homossexualidade, defendida pelo movimento dos homossexuais.

Entretanto, muitos homens ainda tem medo de assumirem e vivenciar a sua sexualidade devido às inúmeras represálias, mesmo sabendo que todos fazem parte da diversidade de expressões de gênero e sexualidade, a qual é constituinte do ser humano. É imperioso destacar, que a heterossexualidade acaba sendo um denominador comum para aqueles que não são heterossexuais, ou cuja identidade de gênero não obedece à imposição da linearidade sexo-gênero-sexualidade no cotidiano (BENTO, 2012).

Nesse tocante, o autor supracitado descreve a heterossexualidade como uma denominação básica que fragmenta a sociedade entre homens e mulheres, e que nessa representação é possível constatar as evocações de masculinidade hegemônica na referida categoria.

Em conformidade com Connell e Messerschmidt (2013) a masculinidade hegemônica foi construída por uma série de práticas e não apenas uma série de expectativas, o que possibilitou a dominação dos homens sobre as mulheres e se distinguiu ao incorporar a forma mais honrada de ser totalmente heterossexual. A heterossexualidade nos dias atuais recebe

¹ A sexualidade é uma das características mais importantes do ser humano, e está presente desde os primórdios da vida. E apesar de ser vista inicialmente como um fenômeno biológico sabe-se que também é social e psicológico, e só pode ser compreendido quanto situado no âmbito da cultura em que se vive, a sexualidade plena está inserido em um contexto de múltiplas expressões na qual determina uma vida sexual e afetiva satisfatória o que implica na expressão de valores, emoções, afeto e gênero, sendo ainda considerado como algo subjetivo e inerente a vivência de cada indivíduo (FOUCAULT, 1988).

benefícios do patriarcado de uma masculinidade plena e hegemônica, o que não significa violência, apesar de poder ser sustentada pela força, representada pela ascendência alcançada através da cultura, das instituições e da persuasão.

A seguir está disposta na Tabela 5, dados referentes à vida sexual dos participantes do estudo, permitindo a compreensão de duas variáveis designadas na pesquisa como: frequência das relações sexuais e qual a frequência das praticas sexuais com estranhos.

TABELA 5- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a frequência e os parceiros nas relações sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).

	Categorias	F	%
Qual a frequência das suas relações sexuais*	1 vez por semana	7	7,0
	2 vezes por semana	29	28,5
	3 vezes por semana	12	12,0
	4 vezes por semana	9	9,0
	5 vezes por semana	1	1,0
	6 vezes por semana	1	1,0
	Todos os dias	5	5,0
	1 vez a cada 15 dias	18	17,5
	1 vez por mês	15	15,0
	Mais de 1 vez por dia	2	2,0
	Sem resposta	3	2,0
Total		103	100,0
Realiza atividade sexual com algum estranhos ou pouco conhecido*	Sempre	45	44,0
	Na maioria das vezes	26	25,2
	Às vezes	16	15,5
	Raramente	9	9,0
	Nunca	7	7,0
Total		103	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Constata-se nos dados da Tabela 5 que 41 (40,5%) dos participantes da pesquisa tem uma frequência de relações sexuais de duas vezes a três vezes por semana, e 18 (17,5%), uma vez a cada quinze dias, o que permite identificar que as relações sexuais estão cada vez mais comuns na vida dos jovens brasileiros, um fator que não deixa de ser preocupante, haja vista que poucos usam métodos contraceptivos, o que os tornam susceptíveis a serem contaminados por HIV/AIDS ou IST'S, além é claro de engravidar suas companheiras, o que é confirmado

pelo Gráfico 2, ao revelar que 72 (70%) desses homens confirmam já ter engravidado alguma parceira.

Segundo Cruzeiro et al (2010) os jovens além de iniciarem precocemente as relações sexuais, relataram também que haviam mantido relações sexuais nos últimos doze meses, representado por um significativo percentual de 37,6%.

Anualmente no Brasil, cerca de 4 milhões de adolescentes e jovens se tornam ativos sexualmente cada vez mais cedo, o que é caracterizado como um fator de risco relevante, tendo em vista que os mesmos vivenciam uma liberdade sexual, em que além de estimular a iniciação precoce da relação sexual, os tornam vulneráveis às IST'S/ HIV, pois eles buscam através da autonomia contatos com novos desafios, tornando-se assim provocadores das questões referentes à sexualidade (MALTA; MARTINS; ALMEIDA, 2013).

Cabe lembrar que os jovens têm necessidade de praticar atividades sexuais com maior frequência, devido às numerosas mudanças físicas, emocionais e biológicas, considerando que a juventude lhe traz vigor para um melhor desempenho sexual, o que lhe confere uma evolução linear de experiências a autonomia (MACÊDO, 2010).

Desse modo, observa-se que os jovens tem uma maior facilidade para manter relações sexuais frequentes, pois não se limitam a responsabilidades e por vezes de modo negligente, praticam sexo como lhes convém, pois isso é algo que lhe confere prazer e ao mesmo tempo liberdade, expressão de sentimentos e desejos que necessitam ser saciados com maior urgência (SILVA; FREITAS, 2010; CAMPOS, 2011).

No que concerne à segunda variável da Tabela 6, 45 (44%) dos sujeitos responderam que sempre realizam atividade sexual com algum estranho ou pouco conhecido e 26 (25%) destes afirmaram que na maioria das vezes costumam ter esse tipo de prática. Esses dados são confirmados na Tabela 3, na qual evidencia que 20 (19%) dos participantes iniciaram a vida sexual de modo prematuro com 12 anos de idade, além disso, o Gráfico3 aponta resultados assustadores, pois apesar de 92 (89%) dos participantes conhecerem a AIDS e os perigos que a mesma representa para saúde, não utilizam métodos de proteção.

Ratificando esses resultados, a Tabela 4 revela que apesar de 99 (96%) desses homens conhecerem a camisinha masculina 71 (68,9%) não fazem uso, o que remete a uma maior vulnerabilidade à contaminação por IST'S. Além disso, 60 (58,3%) dos entrevistados nunca procuram a atenção primária para se informar sobre sexo, 49 (47,5%) apontaram falta de interesse sobre o assunto e 48 (47%) alegaram sentir vergonha, timidez e constrangimento, o que torna evidente que a saúde sexual masculina requer uma maior atenção, no sentido de orientação sexual e cuidado de modo integral.

Analisando os dados obtidos afirma-se que os homens adotaram um tipo de comportamento de risco, ao demonstrar que apesar do conhecimento de prevenção e da transmissão de IST'S, as atividades sexuais são realizadas rotineiramente sem segurança, facilitando a contaminação, o que implica que as questões sociais, econômicas, educacionais e de saúde, que são necessárias, Osejam intensificadas no sentido de educação em saúde sexual dos jovens, pois a gravidade das infecções não permite contemporização e requer urgência para motivá-los e encorajá-los a adotarem atitudes e comportamentos preventivos mediante a adoção de práticas de sexo mais seguro no exercício de sua sexualidade (MAROLA; SHANCES; CARDOSO, 2011).

Nesse sentido, as medidas preventivas na educação em saúde, principalmente a troca de conhecimentos entre a população e os profissionais de ensino e saúde, são complementaridade na construção, desconstrução e reconstrução de saberes, garantindo uma nova aprendizagem (CARVALHO, 2010). Sendo assim, a PNAISH foi criada com objetivo de ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina e estimular essa população ao cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2009a).

A seguir encontra-se a Tabela 6, que traz informações pertinentes quanto as variáveis: número de parceiros que já teve incluindo o atual, e tempo de relacionamento com o parceiro atual.

TABELA 6- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a quantidade e o tempo de relacionamento com os parceiros sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).

Variável	Categorias	F	%
Número de parceiros sexuais que já teve, incluindo o atual*	1	2	1,9
	De 1 a 2	9	8,7
	De 3 a 4	36	35,0
	De 5 a 6	29	28,2
	Mais de 6	27	26,2
	1 semana	11	10,7
	Mais de 15 dia	4	3,9
Total		103	100,0

Tempo de relacionamento com seu parceiro atual*	Mais de 1 mês	6	5,8
	Mais de 6 meses	13	12,6
	Mais de 1 ano	63	61,2
	Sem resposta	6	5,8
Total		103	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com base nos resultados evidenciados na Tabela 6, 36 (35%) dos homens constataram ter de três a quatro parceiros sexuais, incluindo ao longo da vida. Quando indagados sobre o tempo de relacionamento com o seu parceiro atual, 63 (61,2%) dos participantes da pesquisa revelaram ter mais de um ano de relacionamento. Vale destacar que apesar de terem um tipo de relacionamento estável, cerca de 45 (44%) dos sujeitos como apresentados na Tabela 6, responderam sempre realizar atividade sexual com algum estranho ou pouco conhecido, o que denota práticas sexuais inseguras com múltiplos parceiros.

Reforçando os dados citados, Junior et al. (2007) afirmam que tanto os homens quanto as mulheres têm entre 1 e 3 parceiros (89,1% para homens e 95,0% para mulheres), todavia quando indagados ao número de parceiros, incluindo o atual, estes responderam possuíram ter mais de 6. Assim, observa-se e enfatiza-se a vulnerabilidade dos jovens que se expõem em proporção a um maior número de parceiros sexuais e a não proteção pela ausência do uso do preservativo.

Os rapazes têm um maior número de parceiras, e iniciam a vida sexual cedo e até mesmo com parceiras eventuais, motivados por crenças favoráveis à soberania masculina (MAIA; RIBEIRO, 2013). Isto sugere a idealização de fortes, imunes às doenças e incapazes de dispensar uma mulher por ter um desejo sexual incontrolável e instintivo, com essas atitudes podem desencadear maior vulnerabilidade às IST'S e ao HIV/AIDS (SILVA et al., 2010).

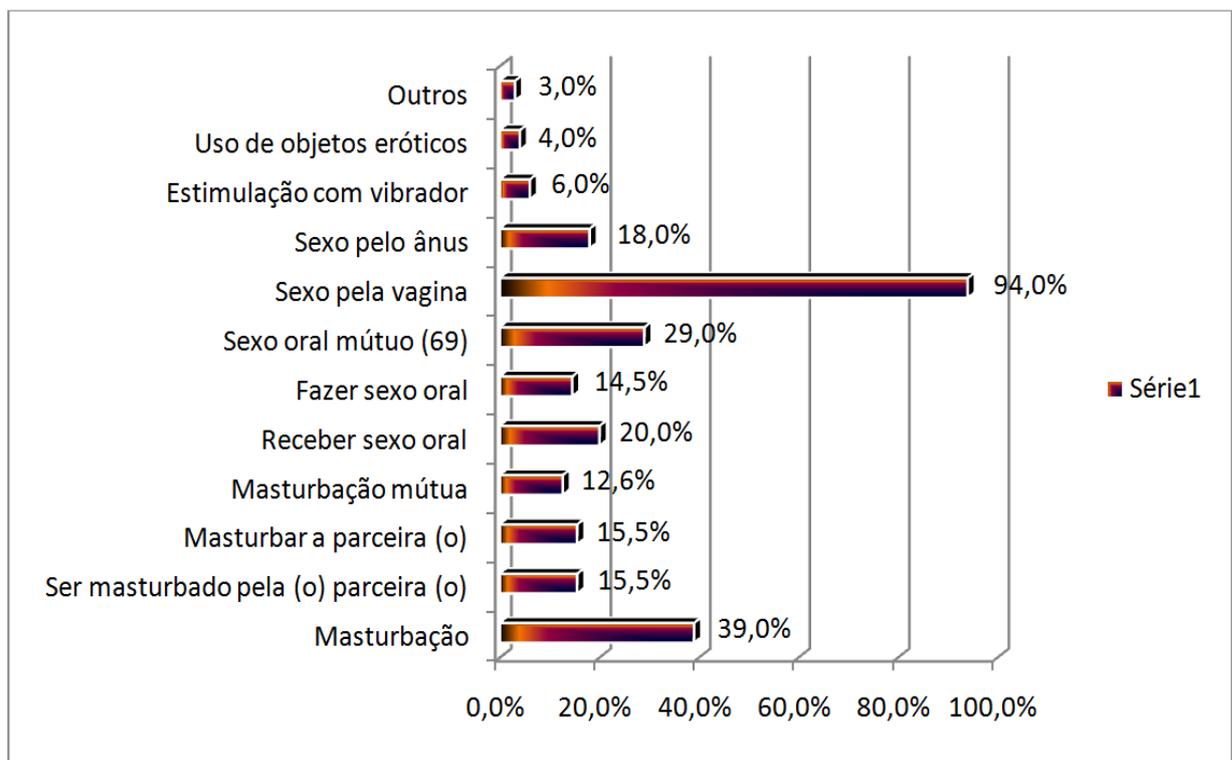
Nesse contexto o autor ainda descreve que os jovens vivem em uma sociedade erotizada, onde recebem mensagens dúbias em relação ao sexo, essa permissividade social e negligente, em geral ajuda o conceito de que é normal manter relações sexuais com todos os parceiros, bem como a multiplicidade destes, pois espera-se que os homens iniciem sua vida sexual muito cedo e que tenham várias parceiras sexuais dentro e fora do casamento. Em relação a mulheres, exigem abstinência sexual antes do matrimônio e posterior fidelidade aos maridos.

Segundo Macêdo et al. (2013) o sexo, a saúde sexual e a saúde reprodutiva tiveram ao longo da história uma série de significações e modificações, sendo influenciadas pelas necessidades do contexto histórico de cada sociedade. Após o controle do Cristianismo durante anos, a sexualidade passou a ser vista não somente para reprodução, ou como fonte de pecado e perversão, mas como um direito conquistado para ser exercido com liberdade (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, observa-se que a liberdade sexual trouxe consigo a facilidade da realização das atividades sexuais sem compromisso e praticadas pelos jovens; além disso, o aumento da multiplicidade de parceiros se tornou uma prática comum entre os mesmos. Desta forma, as relações sexuais dos jovens tem um enfoque maior na busca pelo prazer e em face da nova concepção liberal, passaram a iniciar a prática sexual de maneira desordenada, não se prevenindo contra as IST'S e de uma gravidez não planejada (BERTONI et al., 2009).

A seguir esta exposto o Gráfico 8, no qual aborda a variável: quais práticas sexuais são adotadas pelo público masculino, revelando os motivos pelos quais os mesmos possuem determinadas preferências sexuais, e o que os levam a ter determinadas práticas.

Gráfico 8- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os tipos de práticas sexuais adotadas. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 8 descreve as práticas sexuais adotadas pelos participantes do estudo e revela que 97 (94%) praticam sexo pela vagina, 40 (39%) realizam a masturbação e 30 (29%) fazem sexo oral mútuo. Tal achado explicita que apesar das inúmeras maneiras existentes de para a consumação do ato sexual, os dados aqui revelam uma maior prevalência pelos métodos convencionais das práticas sexuais, apesar das diversas.

Segundo, Junior et al. (2007) os hábitos sexuais ainda permanecem uma maior predominância do sexo por via vaginal, fazendo uso ou não do preservativo masculino, no entanto se praticado comumente com o sexo anal pode apresentar um grande risco para ambos os parceiros quando realizados sem camisinha. Outra prática bastante usada é o sexo oral mútuo, que também oferece riscos quando realizados sem o preservativo, porém em menor intensidade, mas se houver pequenas lesões, o risco é potencialmente aumentado. Outra prática que é bastante adotada é a masturbação e carícias e oferece um menor risco de contaminação e IST'S.

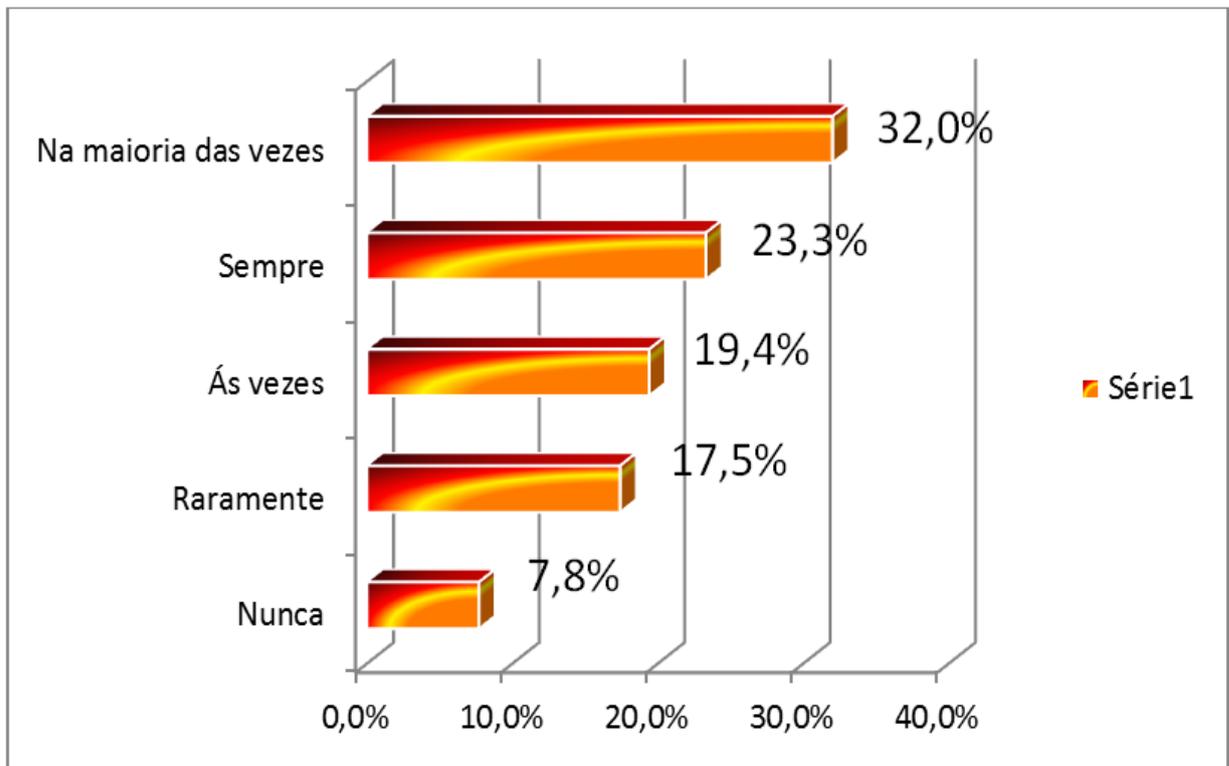
O ato masturbatório é algo fisiológico e é realizado bem antes da adolescência, entre 11 e 13 anos após o término da latência, que desemboca a possibilidade de uma ejaculação e, portanto, de um orgasmo, no qual a pessoa que se masturba experimenta a realização final da masturbação. Por conseguinte, continua em vigor a barreira do incesto, uma das razões pela qual a masturbação, na puberdade, desperta sentimentos de culpa, por ser praticado com fantasias extraídas da constelação do complexo de Édipo (NIEDERSBERG, 2008).

Nesse sentido, apesar das práticas sexuais convencionais serem exercidas com maior frequência, existem práticas não convencionais, como a orgia que evidenciam o descompromisso de um sujeito em relação ao outro, denotando a ideia do prazer pelo prazer, em que diferentes pessoas unem-se a outras por diferentes motivos, seja pela autossatisfação, medo da solidão ou rejeição, experimentação, ensaio, autoafirmação, curiosidade, exigências do grupo ou propriamente a diversão (MACÊDO et al, 2013).

Mediante a esse contexto, nota-se que busca por prazer e satisfação pessoal faz com o que os sujeitos tenham relações sexuais, usando de vários artifícios como a masturbação, sexo mútuo, sexo anal, apenas com a finalidade de alcançar prazer (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011). Nesse seguimento a sexualidade é vivenciada através dos atos anteriormente citados, sendo encarada por inúmeros preconceitos e tabus, principalmente no que se refere ao ato de se masturbar, prática que é bastante comum na população masculina, por entender que esta atividade é satisfatória e reconfortante.

A seguir encontra-se o Gráfico 9, com a variável: Se a população masculina possui o hábito de realizar alguma preliminar antes de exercer suas atividades sexuais.

Gráfico 9- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o hábito de realizar alguma preliminar antes das atividades sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 9 apresenta a variável com relação ao hábito de realizar alguma preliminar antes das práticas sexuais, e revela que 33 (32%) dos homens que participaram da pesquisa, confirmaram que utilizam preliminares. No entanto, desconhecem o que é sexualidade, fazendo uso da mesma todas às vezes que praticam algum ato sexual, pois o sexo é inerente à sexualidade. Esses dados reafirmam os resultados exibidos na Tabela 3, ao abordar um número expressivo de 72 (69,9%) participantes que declararam não conhecer sobre a sexualidade.

Almeida et al. (2011) assegura que a sexualidade é caracterizada por práticas, e afetividade ligadas à necessidade do desejo para obtenção de prazer, que permite desde a troca de olhares até um mais íntimo, como o contato físico entre os sujeitos, sendo o sexo uma de suas etapas finais ou não essa conjectura de ações.

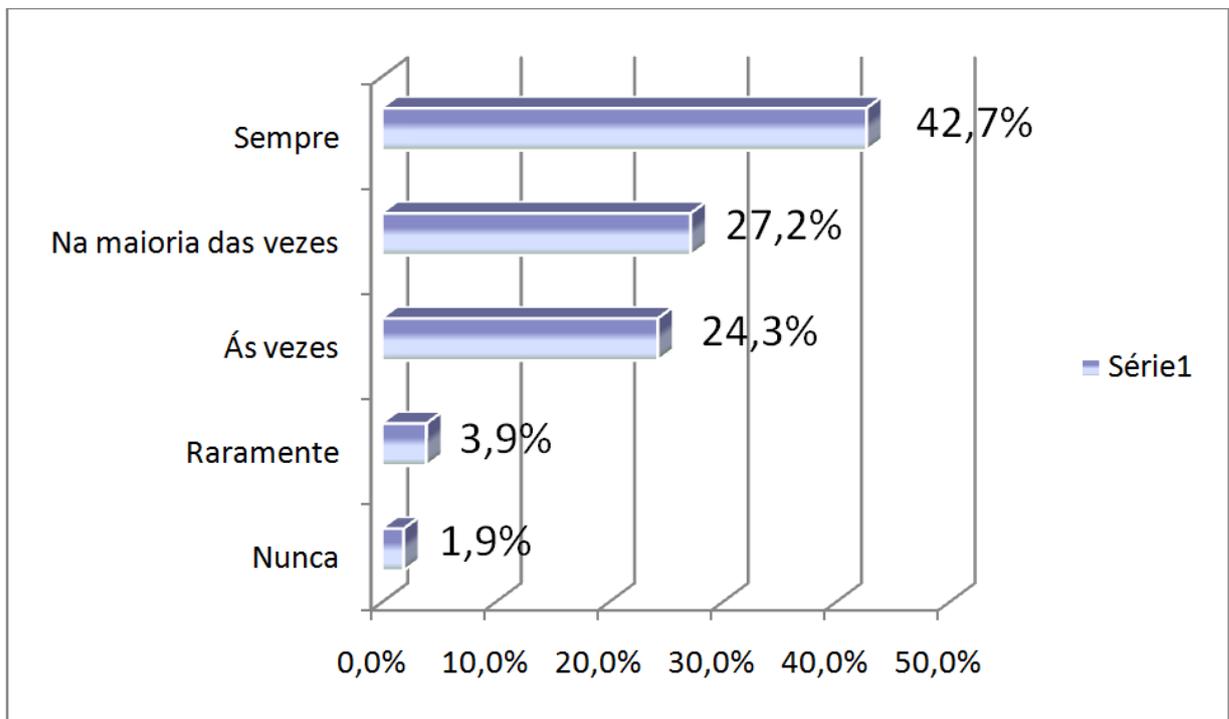
Para Fernandes (2013), a prática sexual é um contato mais íntimo acompanhado das evocações de abraço, beijo, carinho e as referentes ao sentimento, como afeto, coração e

paixão. O relacionamento como representação do amor é citado em 42,2% das evocações, representadas pelas palavras namoro, noivado, casamento, além é claro da afinidade, admiração e união entre os pares.

A sexualidade humana é vivenciada através das trocas de suas experiências sexuais, com atitudes e comportamentos que afloram em função do ato sexual, durante a prática da intimidade, usando gestos, carícias, toques. Essas preliminares complementam o prazer e o jogo da sedução entre os corpos, como algo instintivo (MACÊDO et al., 2013). Portanto, o sexo e a sexualidade estão fortemente atrelados, pois para que se possa ter o ato sexual, é necessário que haja toque, desejo, atração, amor (BAUMFELD et al., 2010).

A seguir encontra-se o Gráfico 10 releva dados que abordam os hábitos de higiene íntima dos participantes do estudo, e dos cuidados que os mesmos têm com a sua aparência física antes e após o ato sexual com suas parceiras (os).

Gráfico 10- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os hábitos de higiene e a aparência física nas relações sexuais. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os dados do Gráfico 10 mostra que 44 (42,7%) dos homens sempre costumam ter o cuidado com a sua aparência e higienização antes e após o ato sexual. Confere-se assim um dado relevante de que não somente as mulheres têm esse hábito, mas que a população

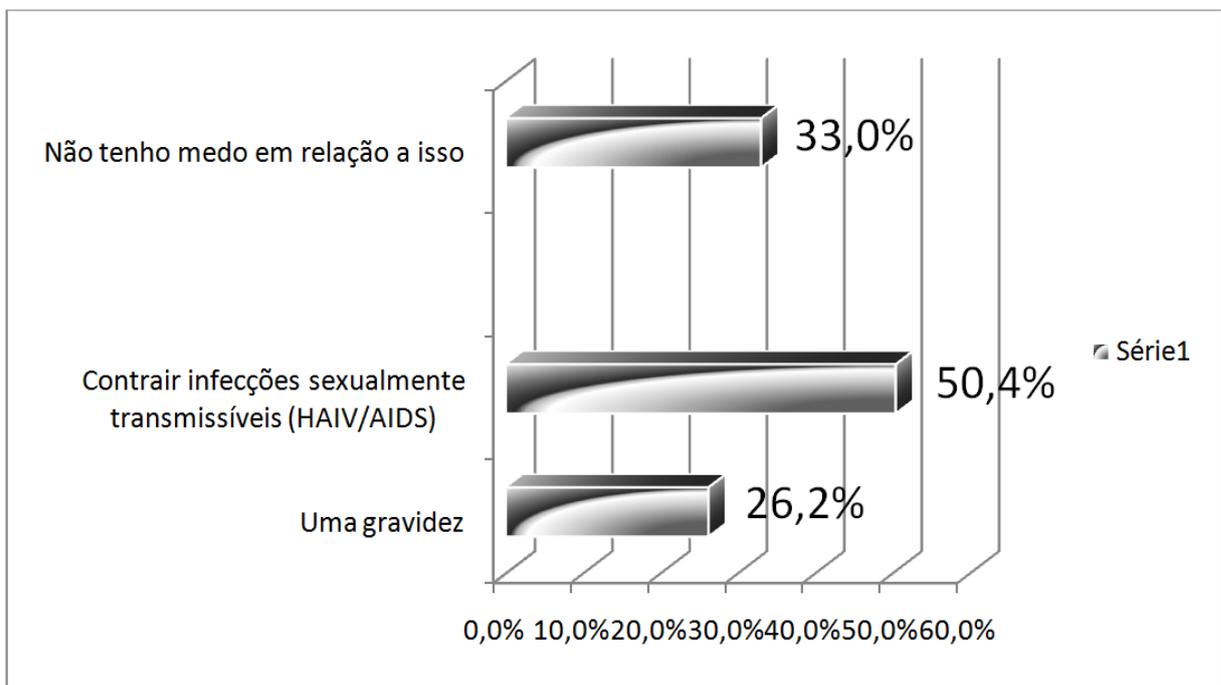
masculina também tem cuidados com a higienização íntima e com a aparência, no sentido da estética e beleza, favorecendo uma maior satisfação a sua parceira (o) sexual.

Para Fontanella e Gomes (2015), as diversas mudanças na estrutura social fizeram com que o homem tivesse a atitude de cuidar mais de si, tendo em vista que muitas doenças são preveníveis com uma correta higienização íntima. Além disso, as modernidades do mundo capitalistas influenciou na atual configuração da vaidade entre os homens, que passou a ter uma maior preocupação com a beleza, cuidados com a aparência, em especial a higiene bucal, configurando um tipo de vaidade, para atrair o sexo oposto (OLIVEIRA et al., 2015).

Dessa forma, os homens contemporâneos são diferentes dos primitivos porque passaram a ter uma preocupação em se higienizar antes e após do ato sexual através de banho. Esse costume de ficarem limpos se deu graças ao incentivo de suas parceiras, que apreciam uma boa aparência (QUADRADO; RIBEIRO, 2012). Contudo, após algum tempo por estabelecerem um tipo de relação mais estável, alguns homens abandonam esse cuidado e esses hábito de higienização, por alguns motivos que dentre eles se destacam o comodismo e o desinteresse (MACÊDO et al., 2013).

A seguir encontra-se o Gráfico 11, este releva alguns dados relevantes dos participantes a respeito dos medos que estes podem ou não ter na relação sexual.

Gráfico 11- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo os medos na relação sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Gráfico 11 elenca os maiores medos em uma relação sexual e aponta que a maioria 52 (50,4%) dos homens tem receio em contrair IST'S e HIV/AIDS. Essa realidade sugere que há uma grande preocupação destes em contrair alguma doença, no entanto os mesmos menosprezam o uso do preservativo masculino como apresentado na Tabela 4, que ao serem questionados sobre aos métodos contraceptivos utilizados, 71 (68,9%) dos participantes responderam não utilizar nenhum.

Cabe ainda destacar, que os avanços da saúde facilitou bastante o acesso a maiores informações sobre saúde, podendo alcançar uma demanda maior da população brasileira, em especial os homens, destacando a valor do uso do preservativo, não somente como um dispositivo para se evitar uma gravidez, mas também como um agente poderoso no sentido de prevenir as IST'S e HIV/AIDS (SILVA et al.,2013).

Segundo Barros e Colaço (2013), as práticas sexuais masculinas são ligadas ao desejo absoluto de alcançar o gozo e com o intuito de obtê-las, acabam por se expor aos inúmeros riscos, principalmente na contaminação de IST'S. Apesar de reconhecerem os perigos os homens praticam o sexo sem camisinha por vários motivos, dentre eles se destacam: o contato com a pele, que segundo eles elevam o prazer; a pressa; o desconforto de usar algo, pois acreditam que tire o sentido da relação; a parceira que pode se sentir ofendida, além disso, o simples fato de conhecer a namorada (o) ou de estarem em uma relação estável, faz com que os jovens confiem em seus parceiros e negligenciem o uso do preservativo.

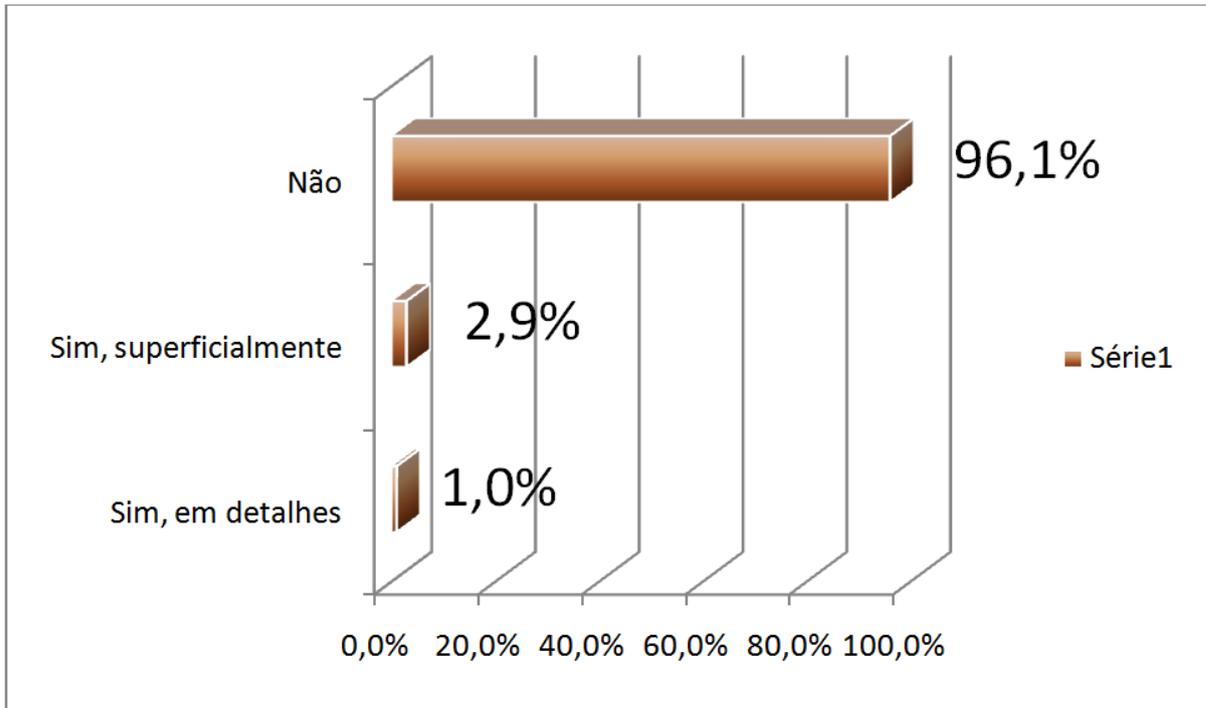
Observa-se que os homens reconhecem a camisinha como algo que protege ambos os sujeitos durante o ato sexual, mas tem em mente o preservativo como algo bastante incômodo durante a relação sexual e prefere correr o risco, realizando suas práticas sexuais sem o mesmo, ou ainda acreditem ser necessário o uso do preservativo uma ou duas vezes no início do relacionamento, que isso já é suficiente e que depois é comum não usá-lo (SILVA et al.,2013).

Destarte, apesar de o homem conhecer os inúmeros riscos que envolvem uma relação sexual desprotegida, estes continuam praticando-a de forma negligente, mesmo com todo o acesso à informação e a distribuição de preservativos nas ESF, eles ainda tem uma barreira em reconhecer a necessidade do se fazer uso das camisinhas em todas as suas relações sexuais (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015).

A seguir observa-se no Gráfico 12 revela apresenta dados substanciais dos participantes quanto à procura pelos profissionais de saúde para dialogar sobre sexo e

sexualidade, evidenciando as barreiras historicamente construídas, devido à masculinidade hegemônica.

Gráfico 12- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo o hábito de conversar com algum profissional de saúde sobre sexualidade. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Verifica-se no Gráfico 12 que a maioria dos homens 99 (96,1%) não tem o costume de conversar com algum profissional de saúde sobre sexo e sexualidade. Esses dados são reafirmados no Gráfico 5 deste estudo, na qual 60 (58,3%) dos participantes asseguram nunca terem procurado os serviços de atenção primária à saúde para se informar sobre esta temática.

É importante destacar que apesar desses participantes não buscarem por orientação sexual, procuram esses serviços de saúde para buscar preservativos masculinos ou quando estão com alguma patologia, que de modo direto ou indireto interferem na sua sexualidade, essas preocupações fazem com que indivíduo opte em pedir ajuda aos profissionais de saúde, em especial o médico (SOUSA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

De acordo com Separavich e Canesqui (2013), a PNAISH reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, enfatizando que a não adesão masculina aos serviços de saúde evidencia estereótipos de gênero baseados em características culturais, destacando a masculinidade tida por hegemônica, obedecendo a uma ordem simbólica na qual a doença expressa à fragilidade do corpo, e por extensão do seu portador, esses hábitos de

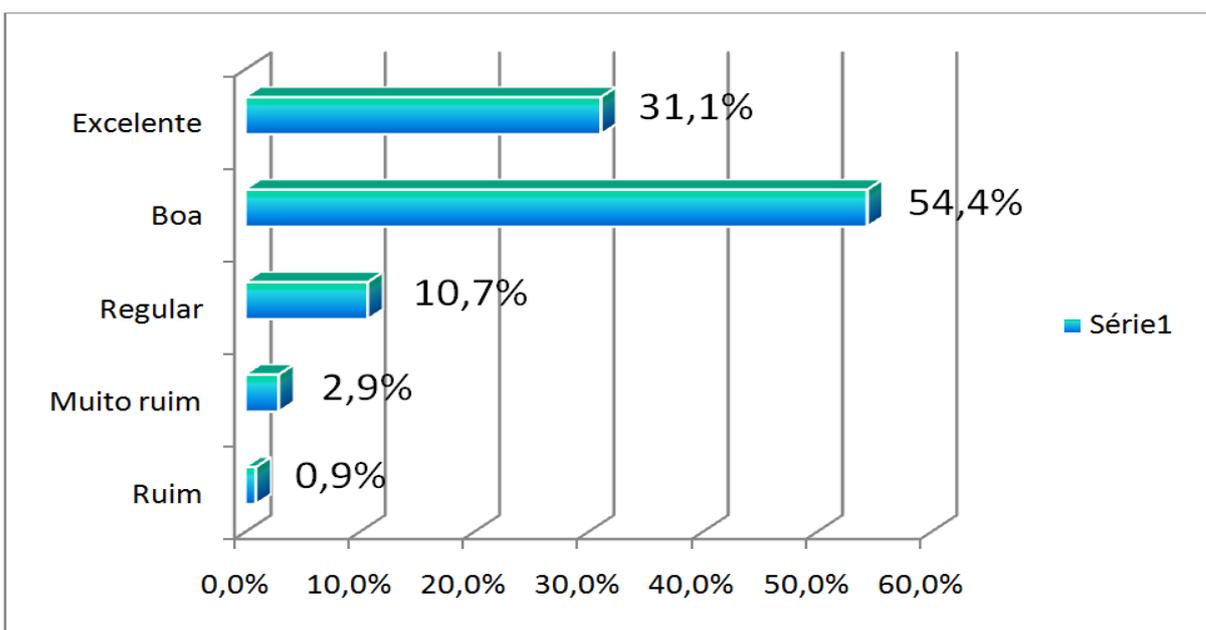
vida não permitem que os mesmos tomem a iniciativa de buscarem conhecimento sobre orientação sexual, bem como a retirada de dúvidas pelos profissionais de saúde, pois os mesmos acreditam que eles não estão ali para falar sobre sexo, mas para tratar patologias como, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras.

Sendo assim, Santanna et al. (2011) confirma que a ausência dos homens ou sua invisibilidade nos serviços de saúde, em particular na atenção básica, está associada à desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde, principalmente relacionado ao sexo, haja vista que os homens acreditam saber tudo que é necessário para ter relações sexuais, preferindo não expor sua vida íntima. Destarte, torna-se fundamental que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço, principalmente de prevenção.

É necessário que a saúde sexual e reprodutiva, um dos eixos da PNAISH, seja trabalhada para derrubar barreiras que circundam o imaginário da população masculina, fortalecendo a sexualidade para ser vivida de maneira saudável, evitando o atendimento ao homem apenas quando estiver acometido por problemas de saúde em estágio avançado (BOTTON, 2007; SILVA et al., 2011).

O Gráfico 13 apresenta variáveis referente ao grau de satisfação sexual do grupo estudado, e evidência uma condição satisfatória dos mesmos com relação a sua vida sexual.

Gráfico 13- Distribuição absoluta e percentual dos participantes do estudo, segundo a satisfação com a vida sexual. Cuité/PB, em Jun. de 2015 (n=103).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os dados do Gráfico 13 evidenciam que mais da metade 56 (54,4%) dos participantes deste estudo consideram sua vida sexual boa e 32 (31,1%) considera esta como excelente. Cabe destacar que mesmo estando satisfeitos com sua vida sexual, estes sujeitos não buscam os serviços de saúde para tratar dessa temática, então não sabem se suas relações sexuais são saudáveis, já que costumam ter práticas sexuais com múltiplas parceiras, com estranhos, não fazem uso de métodos contraceptivos e engravidam suas parceiras, como comprovados nos gráficos e tabelas anteriormente expostos.

Nessa égide, a vida sexual é vista de forma subjetiva pelos indivíduos, pois cada um adota práticas sexuais condizentes com suas necessidades, fantasias e desejos. Para a população masculina ter uma parceira fixa ou não, não interfere muito nos parâmetros da sua sexualidade, desde que esteja garantido o contato sexual com a maior frequência possível, e isso inclui contatos corporais íntimos e variados até a penetração vaginal propriamente dita, a fim de satisfazer o seu prazer (CAMPOS, 2011; FERNADES, 2013).

As atitudes sexuais variam de acordo com a inerência de cada jovem ou da sociedade em que estão inseridos, além do prazer físico, a curiosidade e o desejo da experiência são aspectos valorizados pelos rapazes nas relações, no qual revelam atitudes sexuais de grande permissividade, mas que para eles possui um conceito positivo (VILELAS et al, 2013).

A sociedade brasileira está pautada em mudanças nos padrões sexuais, bem como no aumento da tolerância da moralidade sexual, representada pela imagem da masturbação, do adultério, da prostituição, da pornografia e das identidades sexuais, admitindo ainda à concepção dos direitos humanos ligados a esfera da sexualidade (VIANNA, 2012).

Nesse sentido pode se dizer que a sexualidade, no contexto brasileiro ainda tem sido considerada um tabu permeado por princípios morais e preconceitos em que os jovens e os adultos são reprimidos em expor suas dúvidas e expectativas com relação à temática, e acabam exercendo suas atividades sexuais na maioria das vezes desprotegidos, aumentando a susceptibilidade de contrair, bem como transmitir IST'S e HIV-Aids. Embora esse assunto seja de conhecimento geral, existem enormes dificuldades das famílias, dos próprios profissionais de saúde e principalmente do sistema de educação em lidar com orientação sexual, que por vezes está atrelada a obscenidade, algo sujo ou pecaminoso (CAMPOS, 2011).

Portanto se faz imprescindível à atuação das escolas, juntamente com as famílias e do enfermeiro, com práticas educativas com a finalidade de promover conscientização em que implica as práticas sexuais, e assim ajudar a população masculina a superar os padrões de comportamentos hierarquizados e estereotipados, que fora construído ao longo dos anos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Internet, 2015.

O desenvolvimento deste estudo partiu da problemática de que a população masculina foi estruturada desde a antiguidade em um modelo hegemônico que ainda perpetua nos dias atuais, e que colabora efetivamente para que os homens iniciem suas atividades sexuais de forma precoce e sem conhecimento adequado em relação à sexualidade, bem como os riscos e responsabilidades que ela implica. Esse tipo de comportamento tem sido praticado constantemente com o pressuposto de não somente ser uma necessidade fisiológica, mas uma construção social e cultural em que o homem está inserido, como um ser forte, viril e fecundo.

Nessa perspectiva de sexualidade, surgiu a oportunidade durante o desenvolvimento da pesquisa de conhecer melhor a realidade em que está inserido os homens cuiteenses, estudantes do EJA, sendo possível identificar a sua condição pessoal, socioeconômica e demográfica, além de seu conhecimento acerca do sexo e sexualidade, destacando as práticas sexuais adotadas por esse público e de como esses aspectos podem influenciar na vida e na saúde deles, com ênfase nos problemas que ingerenciam os homens de procurarem os serviços de atenção primária à saúde para se informarem sobre sexo e sexualidade.

Diante de tais achados, observa-se que os homens realizam rotineiramente as suas atividades sexuais de forma desprotegida, com o compromisso de atender somente as suas necessidades fisiológicas, apesar de conhecer os inúmeros benefícios do uso preservativo masculino, eles preferem não utilizarem. Neste sentido, nota-se que esse comportamento sexual masculino está baseado na cultura a qual está inserido e o quanto o sexo e a sexualidade podem influenciar diretamente na condição de saúde, haja vista a susceptibilidade que esse comportamento masculino oferece diante das IST'S e HIV-AIDS.

Perante o alcance dos objetivos propostos neste estudo, foi possível identificar um cenário de descuido, limitações e dificuldades, para com o público masculino, tendo a própria sociedade atribuído o conceito de que a orientação sexual deve ser da responsabilidade feminina, essa condição social acaba induzindo os homens a não procurar pelos serviços de atenção primária à saúde para conhecer sobre sexo e sexualidade. Além disso, observa-se que existe uma enorme fragilidade do próprio serviço de saúde, por não dispor de um horário específico, nem de profissionais de saúde capacitados e disponíveis para atender a população masculina na integralidade da assistência do cuidado.

Ainda percebeu-se nesta pesquisa, que os fatores que dificultam o acesso dos homens ao conhecimento adequado sobre sexo e sexualidade, seria: a família, a escola e a equipe multidisciplinar, destacando o profissional enfermeiro, que não atuam energicamente como agentes educadores sobre educação sexual, e assim permite que se origine enormes lacunas, o

que facilita o distanciamento dos homens com esta temática. Nesse sentido, verifica-se um cenário de carência do sistema educacional, destacando o Ensino de Jovens Adultos, em relação à saúde, fazendo-se necessário que haja uma capacitação da direção da escola e dos professores para lidar com a temática nas salas de aulas.

Em relação ao papel que o enfermeiro representa dentro desse contexto, é extremamente importante que o mesmo atue no Programa Saúde na Escola como um agente transformador de saúde. Nessa lógica, torna-se indispensável que a enfermagem desenvolva ações que permitam atrair a atenção do homem para os serviços de saúde e para as escolas, consolidando o cuidado à saúde e da educação, propiciando informação adequada no contexto de sexo e sexualidade, a fim de mudar o pós-moderno cenário da masculinidade hegemônica, sendo capaz de compreender as singularidades dessa população.

Portanto o presente estudo traduz em seu escopo, informações relevantes no que diz respeito ao conhecimento dos homens sobre sexo e sexualidade, bem como as condições que inviabilizam os mesmos de procurarem pelos serviços de atenção primária à saúde para tratar dessa temática. É neste contexto, que se denota a relevância da educação sexual nos sistemas de ensino do EJA, destacando o profissional enfermeiro para ser atuante no PSE, juntamente com a equipe multidisciplinar, a fim de ajudar a população masculina a exercer suas atividades sexuais de forma segura e consciente.

REFERÊNCIAS



Fonte: Internet, 2015.

ABOIM, SOFIA. Risco e prevenção do HIV/AIDS: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.99-112, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a13v17n1>>. Acesso em: 26 nov.2014.

ALMEIDA, S.A.; et al. Orientação sexual nas escolas: fato ou anseio? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.1, p.107-13. mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100014>. Acesso em: 02 dez. 2014.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO. M.C.R.; GIOVANELLA. L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.29, n.2, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003>. Acesso em: 05 dez. 2014.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000100034&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 dez.2014.

AVILA, A.H.; et al. Professores/as diante da sexualidade-gênero no cotidiano escolar. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 289-298, abr./jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a12v16n2.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2014.

AZUETE, FOGAÇA.; CLÁUDIO L, SALM. Educação, trabalho e mercado de trabalho no Brasil. **Revista Ciência e Cultura**. São Paulo, v.58, n.4, out./dez. 2006. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252006000400021&script=sci_arttext> Acesso em: 21 jun. 2015.

BAUMFELDI, T.S. Autonomia do Cuidado: interlocução afetiva- sexual com adolescentes no PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, p.71-80 , 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a10.pdf>>>. Acesso em: 22 de jun. 2015.

BARROS, J.P.P.; COLAÇO, V.F.R. Meu prazer agora é risco: sentidos sobre sexualidade entre jovens de um grupo sobre saúde. **Revista Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 59-80, jan./abr. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun. 2015.

BENTO, BERENICE. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2655-2664, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000015&script=sci_arttext> Acesso em: 20 jun. 2015.

BERTONI, NEILANE.; et al . Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.6, p. 1350-1360, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n6/17.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

BORGES, J.P.A.; FERREIRA, M.C.M. Orientação sexual para adolescentes: conhecimento e Prática de docentes das escolas públicas. **Revista de Enfermagem Atenção Saúde**, v.4, n.1, p. 89-96, jan./jun. 2015. Disponível em: <www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/.../1137>. Acesso em: 4 jun.2015.

BOTTON, F.B. As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. **Revista Vernáculo**, n. 19 - 20, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/vernaculo/article/viewFile/20548/13731>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – CONASS, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**, Rio de Janeiro, 2010: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores**, 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012 d. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2011.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores IBGE: **Pesquisa Mensal de Emprego**, Brasília, 2013: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2013/pme_201312pubCompleta.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2015.

_____. Resolução nº466/2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Editora do Ministério da Saúde, vol. 1, Brasília, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

BRÊTAS, J.R.S.; et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3221-3228, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/21.pdf>> . Acesso em: 07 dez. 2014.

BRÊTAS, J. R. et al. Corpo, gênero e sexualidade: práticas de extensão universitária. **Revista Ciência e Extensão**, v.11, n.1, p.100-115, 2015. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/1075/1088>. Acesso em: 4 jul.2015.

CALHÁU, M. S. M. A concepção do aluno nos programas de EJA no Brasil. **Revista ACOALF: Acolhendo a Alfabetização nos Países de Língua portuguesa**, São Paulo, ano 2, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reaa/article/viewFile/11471/13239>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

CAMARGO, B.V; TORRES, T.L; BIASUS, F. Práticas sexuais, conhecimento sobre hiv/aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. **Revista Liberabit**, Lima (Perú), v.15,n.2, p.171-180,2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 dez. 2014.

CAMPOS, R.T.O.; et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 46, n.1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>> . Acesso em: 07 dez. 2014.

CAMPOS, H.M. **O sujeito adolescente e o cuidado de si: Cenários, significados e sentidos da iniciação sexual e do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa René Rachou. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4282>>. Acesso em: 10 jun.2015.

CARVALHO, C.M.P. Os Sujeitos da EJA e a construção da oralidade: entre o teatro e o letramento nas práticas escolares. **Revista Eletrônica de Culturas e Educação**, n.1, p. 69-79, ano I, out. 2010. Disponível em: <http://download14.docsdrive.com.br/uploads/check_up14/312015/55720fef497959fc0b8ca17d.pdf>. Acesso em: 05 jun.2015.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005>. Acesso em: 09 dez.2014.

COELHO, R. F. S. et al. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids entre adolescentes e jovens de Escolas Públicas Estaduais da Região Oeste de Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, v. 40, n. 1. p 56-66, jan./mar. 2011. Disponível em:

<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/viewFile/13914/8859>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2014.

COLAVITTO, N.B.; ARRUDA, A.L.M.M. Educação de jovens e adultos (eja): A importância da alfabetização. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, v. 5, n.1, 2014. Disponível em:<http://www.uninove.br/marketing/fac/publicacoes_pdf/educacao/v5_n1_2014/Nathalia.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

CONNEL, RW; MESSERSCHMIDT, JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/29127/24650>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CONCEIÇÃO, S. G.; FRAXE, T. J.; SCHOR, T. Agricultura familiar e capitalismo: Desafios para a continuidade da categoria na Amazônia. **XIX ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA AGRÁRIA- XIX ENGA**, São Paulo, p. 1-16, 2009. Disponível em:<http://www.geografia.fflch.usp.br/inferior/laboratorios/agraria/Anais%20XIXENGA/artigos/Conceicao_SG.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 jul. 2015.

COSTA, C.G. Desafios da Eja em face das transformações do trabalho. **Revista Lugares de Educação**, Bananeiras/PB, v. 3, n. 6, p. 90-103 jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>> Acesso em: 12 nov.2014.

COSTA, L.H.R. ; COELHO,E.C.A. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na **Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3, mai./jun. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000300024&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 09 dez. 2014.

COSTA, J.R. B.; et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v.36, n.3, p. 380- 400, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/14.pdf>. Acesso em: 10 dez.2014.

COSTA, V.; FERNANDES, S.C.S. O que pensam os adolescentes sobre o amor e o sexo? um estudo na perspectiva das representações sociais. **Revista Psicologia & Sociedade**, v.24, n 2, p. 391- 401, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200017>. Acesso em: 4 de jun,2015.

CORDEIRO, L.P.; SILVA, N.S.R.; BARBOSA, S.P. Conhecimento e comportamento sobre DST/AIDS entre acadêmicos do curso de enfermagem do centro universitário do leste de minas gerais. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste- MG**, v.2, n.1, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Larissa_cordeira_Nayara_silva_e_Simone_barbosa.pdf> . Acesso em: 2 jul. 2015.

CURY, AUGUSTO. **12 Semanas para mudar uma vida**. Editora Academia de Inteligência, v.1, p.13-14-256, 2007.

CRUZEIRO, et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1149-1158, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 jul.2015.

CHRISTO, P.P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p. 242-247, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a27v56n2.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 357-366, fev. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000200014&script=sci_arttext>
Acesso em 28 out. 2014.

DIAS, F.L.A.; et al. Riscos e vulnerabilidade relacionados à sexualidade na adolescência. **Revista de Enfermagem**. UERJ. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 456-61, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

FARIAS A.F.; ROSSI, R.; FURLANETTI, M.P.F.R. **Problematizando a formação do educador popular a partir da discussão da diversidade na educação de pessoas jovens e adultas**. BOLETIM GEPEP, v. 01, n.01, p. 12-24, ano I, dez. 2012. Disponível em:
<<http://revista.fct.unesp.br/index.php/gepep/article/viewArticle/1866>>. Acesso em: 07. Jun. 2015.

FERREIRA, A; DEMUTTI, C.M; GIMENEZ, P.E.O. **A teoria das necessidades de Maslow: A influência do nível educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho**. XIII SEMEAD, Seminários em administração, 2010. Disponível em:
<<http://www.ead.fea.usp.br/semead/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

FERREIRA, G.T. A; ARAÚJO, C.W.C.; OLIVEIRA, K.A. Gênero, sexualidade e orientação sexual em senhor do bonfim /ba. **Revista Extendere**, v.2, n.1, jan./jun. 2014. Disponível em:<<http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/view/1266>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

FERNANDES, L.M.L. **O ensino de sexualidade através de jogos lúdicos para o ensino fundamental**. Planaltina-DF, 2013.13 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Naturais). Universidade de Brasília-UNB, 2013. Disponível em:
<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5899/1/2013_LucileiaMartinsLopesFernandes.pdf>
Acesso em: 01 jun. 2015.

FREITAS, K.R.; DIAS, S.M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p.351-357, abr./jun.2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/17.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 1988.

FONTANELLA, B.J.B.; GOMES, R. Novos roteiros intrapsíquicos versus permanências culturais: possíveis limites de uma sexualidade informada. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p.1139-1158, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300016>. Acesso em: 23 out. 2014.

FONTANELLA, B.J.B.; GOMES, R. Cuidados à saúde sexual de duas gerações de homens: permanências e volatilidades de roteiros e hábitos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p. 259-272, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00259.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. C. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p. 935-944, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2014.

FIGUEIREDO E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Revista Módulo Político Gestor**, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em 12 nov. 2014.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Revista Acta Paulista de Enfermagem Online**, v.24, n.3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, K.O.; et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 881-892, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020>. Acesso em: 25 out. 2014.

GOMES, et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4513-4521, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a24v16n11.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

GOMES, et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2589-2596, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008> Acesso em: 03 jul. 2015.

GONÇALVES, R.C.; FALEIRO, J.H.; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Revista HOLOS**, Rio Grande do Norte, v.5, out. 2013. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784>>.

Acesso em: 06 jun. 2015.

HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 57- 68, 2012.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pc/v24n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. [S.l.: s.n], 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>.Acesso em: 16 nov. 2014.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem**, v1, n.2, p.144-152, mai. 2011. Disponível em:

<<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400/0>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

JÚNIOR, J.S.P.F.; et al. Perfil e práticas sexuais de universitários da área de saúde. **Restiva Escola Anna Nery de Enfermagem**, v.11, n.1, p. 58-65 mar. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452007000100008&script=sci_arttext>.Acesso em: 12 jun. 2015.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2617-2626, 2012. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>>. Acesso em: 07 jun.2015.

LOPEZ, S.B; MOREIRA. M.C.N. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade.

Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.3, p. 743-752. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/20.pdf> >. Acesso em 12 nov. 2014.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2607-2616. 2012. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

MACHADO, C.; ALAVARSE, O.M. Qualidade das Escolas: tensões e potencialidades das avaliações externas. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 413-436, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 06 nov. 2014.

MACÊDO, S.R.H; et al. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais partir das representações sociais. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-9, jan./fev. 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100016>

Acesso em: 11 nov. 2014.

MACÊDO, M.R.C. **Políticas Públicas e Promoção à Saúde dos Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências**. Rio de Janeiro, 2010. 100 p. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Arouca, 2010. Disponível em:

<<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/2327>>. Acesso em: 22 de jun. 2015.

MAIA, C.C.; et al.;. Influência da cultura machista na educação dos filhos e na prevenção das doenças de transmissão sexual: vozes de mães de adolescentes. **Revista Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 17-27, out./dez. 2013.

Disponível em: < http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=421>. Acesso em: 22 jun. 2015.

MALTA, E.C.; MARTINS,M.R.; ALMEIDA,M.F. Avaliação do conhecimento dos adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Enfermagem UFPE On line**, Recife, v.7, p.7042-7, dez. 2013. Disponível em:

<www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../8117>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MARIANO, A. B. P. As mudanças no modelo familiar tradicional e o afeto como pilar de sustentação destas novas entidades familiares. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília v.66, n.1, p. 103-9, jan./fev. 2011. Disponível em:

<<http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/ana-beatriz-parana-mariano.pdf>>. Acesso em: 18 jun.2015.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MAROLA, C.A.G.; SANCHES, C.S.M.; CARDOSO, L. M. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Revista Psicologia da Educação**, São Paulo, v.33, n 2, p. 95-118, set. 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752011000200006>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.65, n.6, p. 991-999, nov./dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016>. Acesso em: 23 nov. 2014.

MATUDA, C. G.; et al. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov. 2014.

MATTOS, G.C.M.; et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 373-382, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000200373&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov. 2014.

MELO, A.S.A.F.; SANTANA, J.S.S. Sexualidade: concepções, valores e condutas entre universitários de biologia da UEFS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.373-382, 2014. Disponível em:< http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/998/pdf_296>.

Acesso em: 22 jun. 2015.

MITRE, S.M.; et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p. 2071-2085, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MOURA, E.C.; et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p 429-438, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200429&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MOIZÉS, J.S.; BUENO. S.M.V. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Revista Escola de Enfermagem, USP**. ed. 44, p. 205-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000100029&script=sci_arttext> Acesso em: 18 jun.2015.

NARDI, H.C.; QUARTIERO. E. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. **Revista Latino Americana**, n.11, p.59-87, ago.2012. Disponível em:<www.sexualidadsaludysociedad.org>. Acesso em: 11 nov. 2014.

NASCIMENTO. A.M. **Aspectos da transição para a vida adulta no Brasil, dos filhos adultos que residem com os pais, segundo a pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG –Brasil, 2008.

NASCIMENTO, A.P.S.; SANTOS, L.F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **Revista Manag Prim Health Care**, v.2, n. 1, p. 18-24, 2011. Disponível em:< <file:///C:/Users/USER/Downloads/12-70-1-PB.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 19 jun.2015.

NIEDERSBERG, M.C. O Papel da Masturbação no Desenvolvimento Sexual do Adolescente. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.05, jan./fev./mar 2008. Disponível em: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: 22 jun. 2015.

NETO, W.N. Sexualidade infanto-adolescente e seu reconhecimento como direitos humanos: a necessidade de mais reflexão e teorizações. **Revista Psicologia Clinica**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 15- 32, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652012000100002&script=sci_arttext> . Acesso em: 12 nov. 2014.

OLIVEIRA, R.C.N.; et al . Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.1,p.85-94, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000100085&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**, p. 6-12, set.1978, Alma-Ata. [site da Internet] 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2014.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p. 4199-4210, 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100025>. Acesso em: 11 nov. 2014.

PINHEIRO, T.F.; COUTO, M.T.; NOGUEIRA DA SILVA, G.S. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Revista Interface – Comunicação em Saúde e Educação**, v.15, n.38, p.845-58, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300018>. Acesso em: 26 nov. 2014.

QUADRADO, R.P.; RIBEIRO, P.R.C. Remodelagem corporal: notas sobre cirurgia plástica estética e corpos masculinos. **Revista Textura**, n.26, jul./dez.2012. Disponível em: <www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/download/975/759>. Acesso em: 10 mar. 2015.

QUIRINO, G.S.; ROCHA, J.B.T. Sexualidade e educação sexual na percepção docente. **Revista Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, Ed. UFPR, n. 43, p. 205-224, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602012000100014>. Acesso em: 07 jun. 2015.

REBELLO, L.E.F.S.; GOMES, R.; SOUZA, A.C.B. Homens e a prevenção da AIDS: análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Revista Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.36, p.67-78, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100006>. Acesso em: 07 de jun. 2015.

REBELLO, L.E.F.S.; GOMES, R. Qual é a sua Atitude? Narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.916-927, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/50703>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

RESSEL, L. B.; et al. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Revista Escola Anna Nery Impressa**, v. 15, n. 2, p. 245-250. abr./jun. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a05.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.

RIOS, L.F. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a04v19s2.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2014.

RIBAS, M.S.; SOARES, S.T. **Formação de professores para atuar na Educação de Jovens e Adultos: uma reflexão para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática docente**. IX. ANPED Sul, Seminário de Pesquisa em Educação Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/view/File/1026/448>> . Acesso em: 12 de nov. 2014.

RODRIGUEZ, G.M. Sexualidade: uma discussão com pais, alunos e professores da 7ª série da escola Albert Einstein de Jaciara sobre o Tema Transversal Sexualidade. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas da EDUVALE**. Vale de São Lourenço- Jaciara/MT, n. 5, ano III, out. 2010. Disponível em: <www.eduvalsl.edu.br/site/edicao/edicao-28.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

ROHDEN, F.; RUSSO, J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.4, p.722-9, 2011. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 22 out. 2014.

ROMANZINI, BEATRIZ. **EJA – Ensino de Jovens e Adultos e o mercado de trabalho. Qual ensino? Qual trabalho?** Mestrado (Licenciatura em Ciências Sociais) Universidade Estadual- EU, Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/projetos/lenpes/pages/arquivos/aBeatriz%20Artigo.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ROMEIRO, C.; et al. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, Pelotas/RS, v.18, n.1, p.132-142, jan. 2013. Disponível em: <periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/2404>. Acesso em: 01 nov. 2014.

RUIVO, P.V.A.; et al. Vivências de pais adolescentes com o uso de métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem, UFPE Online**, Recife, v.8, n.2, p.249-256, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4607>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

RUSSO, JANE A. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. **Sexualidade, Saúde e Sociedade- Revista Latino Americana**, n.14, p.172-194, ago.2013. Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org>. Acesso em: 06 jun. 2015.

SALOMÃO, R.; SILVA, M.A.I.; CANO, M.A.T. Sexualidade do adolescente na percepção dos pais, sob a perspectiva de Foucault. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.3, p.609-618, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a02.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

SAMPAIO, M.N. Educação de pessoas jovens, adultas e idosas: Uma história de complexidades e tensões. **Revista Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 7 p. 13-27 jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uesb.br/index.php/praxis/article/viewFile/241/253>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SANTANA, E, N.; et al. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem- REME**, v.15, n. 3, p. 324-332, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20394&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SANTOS, N.R. SUS política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 273-280, 2013.

Disponível em: < www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 01 de nov 2014.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p.415-428, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

SILVA, K.L.; et al. A influência das crenças e valores culturais no comportamento sexual dos adolescentes do sexo masculino. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.247-52, abr./jun. 2010. Disponível em : < bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-18724>. Acesso em: 05 de nov. 2014.

SILVA, M.E.D.C.; et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v.3, n.3, 2010.

SILVA, E.J.L.; NETO, J.B. A Sistematização e Auto-avaliação da experiência na Eja: instrumento da formação inicial de professores alfabetizadores. **Revista de Educação**, v. 9 número especial, p. 369-380, jul./dez. 2014. Disponível em: < <http://erevista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/download/9534/7787>> Acesso em 26 nov. 2014.

SILVA, S.O. et al. Vulnerabilidade da população masculina em relação à saúde sexual. **Revista de Educação**, v. 7, p. 369-380, 2010. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I.E10.T8067.D6AP.pdf>> . Acesso em: 18 jun. 2015.

SILVA, K.L.; et al. A influência das crenças e valores culturais no comportamento sexual dos adolescentes do sexo masculino. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 247-52 abr./jun. 2010. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a14.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2015.

SILVA, L.A.V. Prazer sem camisinha: novos posicionamentos em redes de interação online. **Cadernos Pagu (35)**, p.241-277, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332010000200009>. Acesso em: 06 jun. 2015.

SILVA, A.C.N.; SOUSA, G.B.; LACERDA, G.A.F. Auto percepção de homens universitários em relação ao papiloma vírus humano: um problema a ser considerado na saúde pública. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar On-line**, v. 2, n.10, p. 71-77, ago. 2013 Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

SILVA, et al. Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção. **Revista Cogitare de Enfermagem**, v.18, n.3, p. 573-8, jul./set.2013. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33574>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SILVA, S.O; BUDÓ, M.L. D; SILVA, M.M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n. 2, p. 389-96, abr./jun. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a15>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

SILVA, P. A. S.; et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade Básica de saúde. **Revista Escola Anna Nery Impressa**, v.16, n.3, p. 561- 568, jul./set. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a15>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

SOUSA, L.B.S.; FERNANDES, J.F.P. BARROSO, M.G.T. Sexualidade na adolescência: análise de influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Revista Act Paulista de Enfermagem**, v.19, n 4, p. 408-413, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 jun. 2015.

SOUZA, MARCIO FERREIRA. As análises de gênero e a formação do campo de estudos sobre a(s) masculinidade(s). **Revista Mediações**, Londrina, v. 14, n.2, p. 123-144, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/4510>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

SCHWARZ, E. et al. **Política de saúde do homem**. **Revista de Saúde Pública Online**, v.46, n.1, p. 108-116, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2014.

SCHINDHELM. V.G. A sexualidade na educação infantil. **Revista Aleph. Infâncias**. n.16, ano V, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/revistaleph/pdf/art9.pdf>>. Acesso em: 24 de nov 2014.

SCHRAIBER.L.B et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, mai. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018>. Acesso em: 25 nov. 2014.

SFAIR, S.C.; BITTAR, M.; LOPES, R.E. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.620-632, 2015. Disponível em: < <http://www.readcube.com/articles/10.1590%2FS0104-12902015000200018>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

STOFFEL, J.A.; TRENTIN. H.R. **Importância da renda da produção de leite para propriedades de agricultura familiar**. 2º Seminário Internacional de Integração e Desenvolvimento Regional. Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: < <http://periodicos.uems.br/novo/index.php/ecaeco/article/viewFile/4172/1872>> . Acesso em: 10 de mar de 2015.

STRELHOW, T.B. Breve história sobre a educação de jovens e adultos no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, São Paulo, n.38, p. 49-59, jun. 2010. Disponível em: <[http://uab.ufac.br/moodle/pluginfile.php/14242/mod_resource/content/1/Caejadis%20-%20Texto%201%20\(Breve%20histu00F3ria%20da%20EJA%20no%20Brasil\).pdf](http://uab.ufac.br/moodle/pluginfile.php/14242/mod_resource/content/1/Caejadis%20-%20Texto%201%20(Breve%20histu00F3ria%20da%20EJA%20no%20Brasil).pdf)>. Acesso em: 19 jun.2015.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. Situação mundial da infância, e adolescência: uma fase de oportunidades- **Caderno Brasil**, p.13, fev. 2011.

Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11\(3\).pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11(3).pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2015.

VIANNA, CLÁUDIA. Gênero, sexualidade e políticas públicas de educação: um diálogo com a produção acadêmica. **Revista Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 127-143, maio./ago. 2012. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072012000200009>. Acesso em: 20 jun. 2015.

VIEIRA, et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Revista Escola Anna Nery Impressa**, v.1, p. 120-127, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452013000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jul. 2015.

VIDAL, S.V.; et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista bioética Impressa**, v.22, n. 2, p 347-57, 2014. Disponível em: <revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/.../1050>. Acesso em: 10 nov. 2014.

VILELAS, J.M.S.; et al. As atitudes sexuais, contraceptivas, o locus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior. **Revista Brasileira Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 26, n.4, p. 505-512, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40831096008>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

VONK, A.C.R.P.; BONAN, C.; SILVA, K.S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p.1795-1807, 2013. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v18n6/30.pdf>. Acesso em: 14 nov.2014.

APÊNDICES



Fonte: Internet, 2015.

APÊNDICE A- Relação do quantitativo dos participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RELAÇÃO DO QUANTITATIVO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE CUITÉ-PB QUE TRABALHAM COM O EJA	NÚMERO TOTAL DE ESTUDANTES MATRICULADOS	NÚMERO TOTAL DE HOMENS MATRICULADOS
ELÇA DE CARVALHO DA FONSECA	75	50
BENEDITO VENÂCNIO DOS SANTOS	20	6
EUDÓCIA ALVES DOS SANTOS	40	18
CELINA DE LIMA MONTENEGRO	27	6
TANCREDO DE ALMEIDA NEVES	59	23
TOTAL: 103 SUJEITOS		

família?	<input type="checkbox"/> Você trabalha, mas não é independente financeiramente <input type="checkbox"/> Você trabalha e é responsável pelo sustento da família
2. IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXO, SEXUALIDADE E A INFLUÊNCIA NA SAÚDE	
2.1 Você sabe o que é sexo ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.2 Você sabe o que é sexualidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.3 Você tem vida sexual ativa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.4 Com quantos anos iniciou a vida sexual?	<input type="checkbox"/> Aos 12 anos <input type="checkbox"/> Aos 13 anos <input type="checkbox"/> Aos 14 anos <input type="checkbox"/> Aos 15 anos <input type="checkbox"/> Aos 16 anos <input type="checkbox"/> Aos 17 anos <input type="checkbox"/> Aos 18 anos <input type="checkbox"/> > que 18 anos
2.5 Quem ou o que o influenciou a iniciar a vida sexual	<input type="checkbox"/> Religião <input type="checkbox"/> TV, novelas, filmes, internet <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> Livros, revistas, jornais <input type="checkbox"/> Outros _____
2.6 Quais os métodos contraceptivos que você conhece?	<input type="checkbox"/> Camisinha masculina <input type="checkbox"/> Camisinha feminina <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Anticoncepcional <input type="checkbox"/> Coito interrompido <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> Laqueadura <input type="checkbox"/> Vasectomia <input type="checkbox"/> Tabelinha <input type="checkbox"/> Conheço todos <input type="checkbox"/> Outros _____
2.7 Você utiliza algum método de contracepção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, qual (ais)? _____
2.8 Você já engravidou alguma parceira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.9 Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece?	<input type="checkbox"/> Gonorreia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Cancro mole e cancro duro <input type="checkbox"/> Condiloma <input type="checkbox"/> Hepatite tipo B <input type="checkbox"/> Herpes genital
2.10 Você já contraiu alguma infecção	<input type="checkbox"/> Sim, qual? _____

sexualmente transmissível?	<input type="checkbox"/> Não
2.11 Com que frequência você procura os serviços de atenção primária à saúde, para se informar sobre sexo e sexualidade?	<input type="checkbox"/> Não tenho interesse <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Mais de uma vez <input type="checkbox"/> Nunca fui <input type="checkbox"/> Outros _____
2.12 O que impede você de procurar serviços de atenção primária à saúde, para se informar sobre sexo e sexualidade?	<input type="checkbox"/> Falta disponibilidade de tempo <input type="checkbox"/> Falta de interesse sobre o assunto <input type="checkbox"/> Vergonha, timidez, constrangimento <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Conceitos formados sobre a temática <input type="checkbox"/> Religiosidade/ crenças não permite <input type="checkbox"/> Tabus construídos pela sociedade <input type="checkbox"/> Outros _____
3. IDENTIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL E A INFLUÊNCIA NA SAÚDE	
3.1 Qual a sua orientação sexual?	<input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Transexual
3.2 Qual a frequência das suas relações sexuais?	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez a cada 15 dias <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por mês <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia <input type="checkbox"/> Cinco vezes por semana <input type="checkbox"/> Seis vezes por semana
3.3 Quantos parceiros sexuais já você teve, incluindo o atual?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 2 <input type="checkbox"/> De 3 a 4 <input type="checkbox"/> De 5 a 6 <input type="checkbox"/> > 6
3.4 Quanto tempo de relacionamento você tem com seu parceiro atual?	<input type="checkbox"/> Uma semana <input type="checkbox"/> Mais de 15 dias <input type="checkbox"/> Mais de 1 mês <input type="checkbox"/> Mais de 6 meses <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano <input type="checkbox"/> > 1 ano

3.5 Já fez sexo com algum estranho, ou pouco conhecido?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
3.6 Quais práticas sexuais são adotadas por você ?	<input type="checkbox"/> Masturbação <input type="checkbox"/> Ser masturbado pela (o) parceira (o) <input type="checkbox"/> Masturbar o parceira (o) <input type="checkbox"/> Masturbação mútua <input type="checkbox"/> Receber sexo oral <input type="checkbox"/> Fazer sexo oral no parceiro <input type="checkbox"/> Sexo oral mútuo “69” <input type="checkbox"/> Sexo pela vagina <input type="checkbox"/> Sexo pelo ânus <input type="checkbox"/> Estimulação com vibrador <input type="checkbox"/> Uso de objetos eróticos <input type="checkbox"/> Outras _____
3.7 Você costuma ter o cuidado com a sua aparência, e higienização antes e após o ato sexual?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
3.8 Antes de praticar as atividades sexuais, costuma realizar alguma (as) preliminares?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
3.9 Quais os seus maiores medos em uma relação sexual?	<input type="checkbox"/> Uma gravidez <input type="checkbox"/> Contrair infecção sexualmente transmissível (HIV/AIDS) <input type="checkbox"/> Não tenho nenhum medo em relação a isso <input type="checkbox"/> Outros _____
3.10 Tem o costume de conversar com algum profissional de saúde sobre sua sexualidade?	<input type="checkbox"/> Sim, superficialmente <input type="checkbox"/> Sim, em detalhes <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, por quê? _____
3.11 Como você considera sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Excelente

**APÊNDICE C- ESTUDO: A compreensão masculina sobre sexo e sexualidade:
influência na vida e na saúde**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

ESTUDO: A Compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido em ____ / ____ / _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário do estudo: “A **Compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Ainda declaro que obtive todas as informações necessárias sobre a Resolução 466/2012, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possa: Avaliar os aspectos comportamentais do sexo e da sexualidade masculina e a sua influência na procura pelos serviços de atenção primária à saúde; Verificar o comportamento do sexo e da sexualidade masculina; Investigar a influência que o sexo e a sexualidade possuem sobre a saúde do homem; Identificar os fatores que ingerência a procura da população masculina pelos serviços de atenção primária à saúde, em relação ao sexo e a sua sexualidade.

II) A participação neste projeto trará uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, pois ela não tem o objetivo de me submeter a nenhum tratamento, como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo, podendo causar apenas um desconforto no momento de responder o questionário;

III) A fim de minimizar os riscos da pesquisa, buscará o momento, a condição e o local mais adequado para que o ocorra o esclarecimento sobre o estudo, considerando, para isso, que a coleta dos dados será realizada em sala de aula, respeitando as peculiaridades e privacidade;

IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

VI) Será garantido o ressarcimento e que serão cobertas as despesas tidas por mim, durante a pesquisa e dela decorrente;

VII) Será garantido indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

VIII) A entrevista será realizada por meio de um questionário estruturado. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador fará a leitura do questionário por completo, para que todos estejam cientes das questões que contemplam o mesmo, a fim de esclarecer as dúvidas.

IX) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

X) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

XI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

XII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC², do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário.

Cuité, _____ de _____ de _____.

²Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

Sujeito da pesquisa: _____

(Assinatura)

Testemunha 1: _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2: _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____

(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente I- Nível B, da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com).

Pesquisador Colaborador: _____

(Milena Oliveira Dourado Vasconcelos. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: AV. Pedro Gondim, 535, Centro, Cuité/PB CEP: 58175-000. Telefone: (83) 9655-0076 e-mail: mily_bela@hotmail.com).

ANEXOS



Fonte: Internet, 2015

ANEXO A- Termo de Autorização Institucional



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho da Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) da UFCG, *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o curso de Enfermagem. Neste contexto a graduanda Milena Oliveira Dourado Vasconcelos, Matrícula N° 510120290, CPF N° 045.944.655-01, está realizando uma pesquisa intitulada por: “A compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde”, necessitando, portanto, colear dados que subsidiem este estudo junto aos Acadêmicos da UAENF, no município de Cuité.

Dessa forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para realização da coleta de dados, com a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos ou artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 22 de Dezembro de 2014.

Milena Oliveira Dourado Vasconcelos

Milena Oliveira Dourado Vasconcelos
(Orientanda - Pesquisadora)

Jocelly de Araújo Ferreira

Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora – Pesquisadora)

Ramilton Marinho da Costa

Ramilton Marinho da Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité /PB

Ramilton Marinho Costa
Diretor do CES
Mat. SIAPE 337298

ANEXO B- Carta de anuência

**Prefeitura Municipal de Cuité
Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Educação**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que darei acesso à realização da pesquisa: “**A compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde**”, nas cinco Escolas Municipais de Cuité-PB, que possuem o sistema de educação do Ensino de Jovens e Adultos (EJA). A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da **Profa. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira**, juntamente com a aluna **Milena Oliveira Dourado Vasconcelos**, acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem/UFPG, *campus* Cuité/PB. A pesquisa utilizará uma abordagem exploratória e descritiva de cunho quantitativo e ocorrerá mediante a um agendamento prévio com a direção das escolas, a fim de promover esclarecimentos sobre o estudo. Após essa explanação, será marcado um segundo momento em que todas as perguntas abordadas nos questionários serão expostas de forma clara e objetiva, com o intuito de facilitar a compreensão dos alunos, posterior a essa explicação, os dados serão coletados através da resposta a um questionário estruturado.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizadas na pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das exigências éticas da Resolução 466/12 CNSMS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes, durante e após o desenvolvimento do estudo;
- 3) Que o município, nem as escolas terão nenhuma despesa decorrente da participação desta pesquisa;
- 4) Comprometimento de apresentar os resultados da referida pesquisa diante os sujeitos que participarem da pesquisa em foco;
- 5) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.


MICHELINÉ PALMEIRA FURTADO ANDRADE
Secretária de Educação do Município de Cuité/PB

Micheline Palmeira F. Andrade
Secretária Municipal de Educação

ANEXO C- Termo de concordância com o projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, pesquisadoras responsável e orientanda da pesquisa intitulada de “**A compreensão masculina sobre sexo e sexualidade: influência na vida e na saúde**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 22 de Dezembro de 2014.

Jocelly de Araújo Ferreira
Jocelly de Araújo Ferreira
Pesquisadora Responsável

Milena Oliveira Dourado Vasconcelos
Milena Oliveira Dourado Vasconcelos
Orientanda

ANEXO D- Termo de compromisso do pesquisador responsável

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

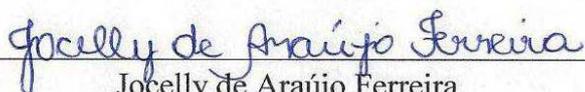
**PESQUISA: “A COMPREENSÃO MASCULINA SOBRE SEXO E SEXUALIDADE:
INFLUÊNCIA NA VIDA E NA SAÚDE”.**

Eu, Jocelly de Araújo Ferreira, Enfermeira, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité/PB, portadora do RG: 2224229 SSP/PB e CPF: 007.949.254-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS que atualiza a Resolução 196/96 do mesmo órgão, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 22 de Dezembro de 2014.


Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

ANEXO D- Declaração de aprovação de projeto

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 40360214.3.0000.5182, Número do Parecer: 1.090.340 intitulado: **COMPREENSÃO MASCULINA SOBRE SEXO E SEXUALIDADE: INFLUÊNCIA NA VIDA E NA SAÚDE.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.


Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 02 de Junho de 2015.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br