

Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária¹

Camila de Oliveira Arraes²

Marinézia Aparecida Prado Palos³

Maria Alves Barbosa⁴

Sheila Araujo Teles³

Márcia Maria de Souza³

Marcos André de Matos⁵

Objetivo: analisar as relações de masculinidade, vulnerabilidade e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino, de um assentamento da reforma agrária do Brasil Central. **Método:** estudo qualitativo, utilizando-se como preceitos as vertentes das representações sociais com adolescentes assentados de 12 a 24 anos. **Resultados:** emergiram três categorias – percepção de vulnerabilidade, gênero e vulnerabilidade e prevenção e vulnerabilidade relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids. Os adolescentes sentem-se invulneráveis às doenças de transmissão sexual ancorados nas representações sociais favoráveis à hegemonia masculina. Demonstraram, em seus discursos, um desconhecimento sobre as formas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids. Acredita-se que projetos institucionais como o Programa Saúde na Escola e o Programa de Atenção à Saúde do Homem constituem ferramentas imprescindíveis para minimizar fatores de vulnerabilidades nessa população, uma vez que a escola, reconhecida como equipamento social, promove a socialização de experiências e contribui para a construção da identidade do adolescente. **Conclusão:** as representações sociais da masculinidade colaboram para o comportamento vulnerável dos adolescentes na aquisição de doenças de transmissão sexual. Almeja-se que este estudo possa contribuir para a produção de conhecimentos e aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais, especialmente o enfermeiro, com vistas a discutir as questões relativas à sexualidade masculina dos adolescentes em situação de assentamento da reforma agrária.

Descritores: Saúde do Homem; Adolescente; Masculinidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Apoio financeiro do Ministério da Educação - Programa de Extensão Universitária (PROEXT 2013 - MEC/SESu).

² Enfermeira, Residente, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ Doutorando, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Professor Assistente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Endereço para correspondência:

Marcos André de Matos
Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem
Rua 227, Quadra 68, S/N
Setor Leste Universitário
CEP: 74605-080, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: marcosdeminas@yahoo.com.br

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A adolescência é marcada por grandes transformações e adaptações no âmbito social, emocional e corporal, destacando-se as mudanças relativas à fase, bem como o fenômeno da sexualidade. Essas modificações são inerentes à etapa vivenciada e transitória para a fase adulta⁽¹⁻²⁾. É um período considerado crítico, pois os jovens estão em constante busca pela própria identidade e afirmação individual e/ou grupal, ou seja, pelo grupo de pares. Tais mudanças, características dessa fase do ciclo vital, fazem com que os adolescentes, na busca do novo e motivados pela curiosidade e pouca experiência, se sintam invulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em especial a população masculina⁽³⁾.

De acordo com as transformações fisiológicas e psicológicas, somadas aos aspectos culturais, o adolescente desenvolve sua sexualidade por meio das construções sociais⁽⁴⁾. Alguns estudos evidenciam que os adolescentes do sexo masculino apresentam vulnerabilidades ancoradas nas crenças da soberania hegemônica masculina, ou seja, o machismo construído e sustentado pela sociedade ao longo das décadas⁽⁵⁻⁷⁾.

Observa-se, atualmente, tendência de aumento na prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população juvenil. No Brasil, do total de 608.230 casos registrados da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Aids), desde 1980, 66.114 referem-se a indivíduos jovens, representando 11% dos casos notificados no país, desde o início da epidemia, sendo a transmissão sexual responsável por 68% dos casos⁽⁸⁾.

Reportando-se à descoberta da Aids, verifica-se maior preocupação com as DSTs, exigindo-se, portanto, a elaboração e implementação de políticas públicas com foco na prevenção e intensificando-se as discussões sobre as questões de gênero, sexualidade e vulnerabilidades⁽⁸⁻⁹⁾. Assim, analisar comportamentos humanos tem sido tarefa árdua, principalmente quando se trata de grupos vulneráveis como adolescentes residentes em áreas de assentamentos da reforma agrária.

Embora o conhecimento dos jovens masculinos sobre as DSTs, mesmo que timidamente, tenha aumentado, há tendência crescente da prevalência dessas infecções^(8,10-12), devido, especialmente, aos aspectos socioculturais. Entretanto, são ainda incipientes as avaliações sobre essa temática, na fase da adolescência, com a população masculina que vive em áreas consideradas de grande vulnerabilidade individual, social e programática, como os assentamentos.

As construções históricas, econômicas e socioculturais desse grupo populacional colaboram para o entendimento da forma como os adolescentes assentados atribuem sentidos às representações sociais da sexualidade humana. Assim, acredita-se que compreender como esses adolescentes constroem sua masculinidade e percepção de vulnerabilidade em relação às DSTs/HIV/Aids talvez possa criar subsídios e fortalecer os equipamentos sociais com tecnologias inovadoras na elaboração de intervenções. Igualmente, subsidiará a (re)formulação de políticas públicas de saúde constituídas, de modo a acolher e fazer com que os homens sintam-se parte integrante dessas políticas, visando conseguir a tão almejada integralidade da atenção à saúde do homem.

Desse modo, a presente investigação representa importante avanço para o maior entendimento desse grupo social emergente, marcado pela grande mobilidade geográfica, lutas sociais e históricas, com moradia precária em diferentes regiões, que os tornam vulneráveis aos agravos infecciosos, em especial às doenças transmitidas pela via sexual⁽¹¹⁻¹²⁾. Assim, neste presente estudo objetivou-se analisar as relações de masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às DSTs/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino de um assentamento da reforma agrária.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, que emergiu da necessidade de se compreender algumas inquietações apreendidas a partir de fatos e falas cotidianas do grupo de adolescentes. Tal material foi capaz de revelar a realidade, que não pôde ser quantificada, e se aprofundar no mundo dos significados das ações e das relações humanas, permitindo a análise e a valorização da subjetividade. Assim, utilizaram-se como preceitos as vertentes da pesquisa social das representações sociais⁽¹³⁾.

Entende-se, ainda, que as representações sociais constituam forma singular de conhecimento, compartilhada no grupo social no qual o investigado está inserido em uma categoria socialmente elaborada, dirigida à vida prática, permitindo aos sujeitos orientação diante de um objeto socialmente relevante⁽¹³⁾.

Participaram da pesquisa 11 adolescentes de 12 a 24 anos, residentes no assentamento da reforma agrária e que, após o conhecimento dos objetivos do estudo, manifestaram interesse em participar, tendo devolvido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos pais e/ou responsáveis. De acordo com o Centro de Referência de Assistência Social da Região (CRAS-GO), o assentamento foi idealizado,

principalmente, para abrigar famílias carentes advindas de áreas irregulares e de preservação ambiental. No assentamento, localizado na periferia da grande Goiânia, Goiás, existem cerca de 2.400 casas, e apenas há três anos o local possui cobertura de uma única Unidade de Atenção à Saúde da Família e uma Instituição Municipal de Ensino, o que não possibilita assistir toda a comunidade assentada. Ainda não possui nenhuma área destinada ao lazer⁽¹⁴⁾.

Para a determinação da faixa etária dos atores sociais deste estudo, consideraram-se elegíveis adolescentes que moravam no assentamento havia mais de um ano e que tinham idade entre 12 e 24 anos, conforme estabelecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura⁽¹⁵⁾ e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽¹⁶⁾.

Todos os adolescentes escolares assentados foram convidados a participar do estudo, sendo que a seleção procedeu-se por meio de amostragem por conveniência e o número de indivíduos foi determinado pelo princípio da pesquisa qualitativa, que ocorre com a saturação dos dados. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram tempo de residência no assentamento inferior a 12 meses, faixa etária inferior a 12 e superior a 24 anos e os adolescentes menores de idade que não devolveram o TCLE assinado pelo seu responsável legal. Os participantes foram identificados por Sujeito, acrescido por número arábico.

A coleta de dados foi conduzida por um roteiro previamente elaborado, composto por duas partes: a primeira contemplou as características sociodemográficas e os comportamentos de risco para as DSTs/HIV/Aids dos entrevistados. A segunda continha três perguntas direcionadas às questões sobre sexualidade, gênero e vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids, com o objetivo de obter, por meio de suas produções textuais, as representações sociais dos adolescentes assentados.

As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2012, com duração de, aproximadamente, uma hora, nas dependências da única escola do assentamento, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Vale ressaltar que, durante o processo de coleta de dados, houve preocupação com a privacidade dos indivíduos, visto que, para o adolescente do sexo masculino, falar da sua própria sexualidade ainda é um tema repleto de tabus, crenças e valores culturais⁽³⁾.

Para proceder à análise dos acervos das narrativas dos indivíduos investigados, empregou-se a modalidade temática de Bardin⁽¹⁷⁾, seguindo as etapas: pré-análise; exploração das falas transcritas; tratamento dos dados; inferências e interpretações. Optou-se pela técnica de

análise de conteúdo por se compreender que tal análise deixa de ser unicamente um procedimento técnico para se tornar parte de uma história, por meio da busca teórica e prática no campo das investigações sociais^(13,17).

Procedeu-se, inicialmente, a leituras exaustivas de todo o material, o que permitiu apreender não somente o conteúdo, mas também as similaridades e contradições das informações, possibilitando o agrupamento das respostas e a organização das categorias, de acordo com os objetivos e com o eixo teórico das representações sociais. E, por fim, procedeu-se à interpretação dos dados⁽¹⁷⁾. Desse movimento emergiram três categorias temáticas: I – percepção de vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids, II – gênero e vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids e III – prevenção e vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids.

A pesquisa atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 e foi aprovada sob Protocolo CEP-UFG, nº365/11. As atividades da pesquisa se iniciaram após o conhecimento dos adolescentes maiores de idade e dos seus respectivos responsáveis, sobre a natureza, objetivos, metodologia, riscos e benefícios previstos com a realização do estudo.

Resultados e Discussões

Em relação às características sociodemográficas, 36,4 e 63,6% relataram serem naturais da Região Norte e Centro-Oeste do Brasil, respectivamente. A renda familiar dos adolescentes foi de 2,5 salários-mínimos, evidenciando que se trata de população de baixa renda, específico de populações de assentamentos. A média de idade foi de 17 anos e a escolaridade de oito anos, fase na qual os adolescentes, geralmente, estão mais expostos aos comportamentos de risco para aquisição de doenças de transmissão sexual, em razão das características inerentes à adolescência⁽⁵⁾. A média de sexarca referida foi de 13 anos, com média de vinte e uma parceiras sexuais, dados que corroboram estudo multicêntrico realizado com adolescentes escolares no Brasil⁽¹⁾.

Sobre a utilização de métodos de barreira nas relações sexuais, 27,3 e 54,5% dos adolescentes referiram nunca e eventualmente utilizarem preservativos, respectivamente. Sendo que 36,4% relataram manter relações sexuais com usuárias de drogas ilícitas. O uso de drogas ilícitas foi reportado por 37,0% dos indivíduos e o uso de tabaco por 45,5%, com média de 11 cigarros diariamente. Já o uso de bebidas alcoólicas foi referido por 90,0% dos adolescentes assentados. Concernente às relações entre masculinidade, vulnerabilidade e prevenção às DSTs/HIV/Aids, os relatos dos adolescentes do sexo masculino foram descritos em forma de categorias temáticas.

Percepção de vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids

Apesar da tendência crescente de mudanças de paradigmas, em relação ao diálogo dos adolescentes com sua família e/ou amigos, com os quais eles se expressam com mais liberdade sobre sua sexualidade e apesar, também, das inúmeras informações facilmente disponíveis nos meios de comunicação, muitos adolescentes se sentem invulneráveis às infecções de transmissão sexual, principalmente em se tratando dos adolescentes do sexo masculino. As falas demonstram. *Se eu tenho chance de pegar doença? [risos] Do jeito que eu faço eu acho que não! Hummm, eu tenho conhecimento e também eu não transo com qualquer pessoa. Saca! (Sujeito 7). Não! Porque eu evito usando preservativo [...] só. É! aí vai quando a gente conhece né as pessoas há uns três meses depende da pessoa a gente não precisa usar [...]* (Sujeito 11).

De fato, vários estudos mostram as representações que os adolescentes têm de se sentirem invulneráveis às DSTs/HIV/Aids^(3,18). Esse achado condiz com os alarmantes dados epidemiológicos sobre a alta morbimortalidade e a resistência da população masculina no Brasil em buscar os serviços de saúde, pois a doença e a busca pela atenção básica têm sido consideradas sinal de fragilidade masculina e isso contribui para que o homem, em todos os ciclos vitais, se julgue invulnerável⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Assim, acredita-se que a discussão acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), articulada com pesquisas de cunho comportamental, faz-se necessária, uma vez que visam promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do País. A redução da morbimortalidade, por meio do enfrentamento dos comportamentos de risco e o acesso facilitado pelos jovens aos serviços de saúde através de tecnologias educativas, como a educação em saúde, para receber informações e ou métodos preventivos, constituem-se em estratégias para a população jovem se prevenir⁽²¹⁾.

A percepção de invulnerabilidade decorrente da vivência da sexualidade dos adolescentes investigados exige do profissional de saúde redimensionamento da própria noção de vulnerabilidade e das características peculiares dos indivíduos assentados, pois se trata de um grupo social residente em uma área de grande vulnerabilidade social⁽⁹⁾, inerente à situação de assentamento periférico de uma metrópole.

Gênero e vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids

As questões de gênero são primordiais para o entendimento das relações de poder na sociedade, inclusive na sexualidade e, conseqüentemente, vulnerabilidade às

DSTs/HIV/Aids. Sabe-se que os papéis sociais de gênero são apreendidos desde a infância e se consolidam ao longo da vida, especialmente na adolescência, quando o indivíduo procura estabelecer sua identidade e planejar mais concretamente o seu futuro⁽²⁾. De sobremaneira, os papéis sociais culturalmente construídos por homens e mulheres definem o comportamento de ambos. Esse comportamento, no que diz respeito à sexualidade, impõe à mulher o não pertencimento de seu próprio corpo e domínio da própria sexualidade, cabendo ao homem, considerado sexo forte, a sua propriedade. Dessa forma, os papéis de gênero, atribuem aos homens a ilusória certeza de poderem desfrutar de uma sexualidade irreprimível, com ampla variabilidade de parceiras e que sejam ativos nas relações sexuais. A narrativa, a seguir, resume concretamente a representação da hegemonia masculina, dita anteriormente. *Nóis não pensa não sô, só depois... o homem pensa com a cabeça de baixo!* (Sujeito 5).

De fato, alguns adolescentes apontaram que se consideram vulneráveis, mas a vulnerabilidade foi direcionada aos comportamentos de suas parceiras sexuais. As falas dos nossos sujeitos ilustram de forma implícita tal afirmação. *Ah... todo mundo tem né! Sei lá cara! Doença não escolhe né! As veis, num momento de bobeira ocê pode ter o azar de pegar uma muié suja que não usa preservativo* (Sujeito 4). *Ah! Acho que sim. Porque eu tô ficando com qualquer menina que aparece eu fico. Uh... é acho que é!* [pausa] *Mulher fica com qualquer um* (Sujeito 1). [...] *tipo assim, mulher não se preocupa com as coisas não!* [...] (risos) *o homem não tá nem aí não, nê?, só quer saber de terminar o serviço* (Sujeito 11).

Diante desse fenômeno, é preciso um trabalho articulado entre os atores sociais da saúde, educação e assistência social que privilegie o protagonismo dos adolescentes homens em ações com vistas à promoção da saúde sexual, gênero e prevenção das DSTs/HIV/Aids. As representações aqui suscitadas podem ser empregadas não só no planejamento da assistência de enfermagem, mas também na construção e (re)formulação de políticas públicas de saúde, organizadas de modo a acolher e contribuir para o empoderamento e corresponsabilização dos adolescentes assentados, para o autocuidado da população masculina.

Mesmo com as lutas feministas em torno da questão de gênero, observa-se que a soberania hegemônica masculina na sexualidade humana permeia os pensamentos dos adolescentes entrevistados, especialmente delegando à mulher a preocupação com as medidas preventivas para a não aquisição de doenças de transmissão sexual, como mostraram os pronunciamentos mostrados a seguir. As

menina. Ahhh porque semana passada as meninas estavam na escada com os moleque e em cima deles, na escadinha ali! Aí começou o negócio aqui dentro do colégio. Aí eles foram. Aí uma mulhê ficou com três homi (Sujeito 1). [...] Acho que a muié é muito mais fácil de pegar doença de rua porque ela sai demais, ela transa demais [...] (Sujeito 10).

As falas dos adolescentes confirmam os achados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que teve como objetivo descrever as situações relacionadas à saúde sexual dos adolescentes brasileiros, identificando que os adolescentes do sexo feminino possuíam maior consciência sobre o uso do método de barreira e que os do sexo masculino têm maior resistência à adesão⁽¹⁾. Esses resultados mostram a necessidade de investimentos do setor público para trabalhos de conscientização, corresponsabilização social de ambos os sexos e negociação do uso do preservativo, representando questões socioculturais a serem vencidas.

Nas últimas décadas, tanto no Brasil quanto em outros países, diversos pesquisadores, Organizações não Governamentais (ONG), e profissionais de saúde/educação vêm pesquisando gênero e seu significado na socialização dos homens. Esse interesse tem emergido da busca em desvelar a construção social da masculinidade, que afeta a saúde sexual dos homens adolescentes^(1,22). Tal movimento social, mesmo que de forma incipiente, parece mostrar os seus primeiros resultados. Os depoimentos exemplificam. *O homem tem mais risco que as mulheres. Não sei responder não! Mais é! Talvez por não ter informação e responsabilidade [...]* (Sujeito 8). *Ehhh acho que os dois tem risco de pegar DST, não? Pra mim é os dois, tanto o homem quanto a mulher. Ahh cara isso eu não sei te responder direito* (Sujeito 9).

Fica evidente que o grande desafio continua sendo o de inserir os adolescentes nos serviços de saúde/educação para abordagens sobre gênero e vulnerabilidades às DSTs/HIV/Aids, de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina sejam melhorados. As poucas tentativas para sensibilizá-los por intermédio de campanhas parecem ainda não haver alcançado os efeitos desejados. Todavia, de certa forma, os adolescentes assentados se mostraram abertos às discussões sobre a temática, fato extremamente positivo para interromper a cadeia de transmissão dos patógenos de transmissão sexual, de forma a promover a saúde sexual e reprodutiva desse segmento populacional.

Prevenção e vulnerabilidade às DSTs/HIV/Aids

Alguns estudos observaram que o uso de métodos de barreiras não tem, necessariamente, relação direta

com o nível de conhecimento, ou seja, a escolaridade dos adolescentes^(1,6). Entretanto, um importante estudo mostrou que, para haver resultados positivos em relação à prevenção eficaz das doenças de transmissão sexual e/ou uma possível gravidez, o adolescente deverá associar a informação correta sobre as formas de uso e acesso aos métodos de barreira, especialmente o preservativo masculino⁽¹⁹⁾. As falas abaixo comprovam que o adolescente assentado não faz o uso do preservativo em suas práticas sexuais, ancorado na representação errônea de que o preservativo atrapalha o prazer sexual. *Ah [...] [pausa] eu não uso camisinha não! É mais melhor sem camisinha [...] Dá mais prazer* (Sujeito 5). *É [...] prevenir é com camisinha! Eu uso em algumas ocasiões [...] Ele é ruim!* (Sujeito 2). *O quê? Ah prevenir é usando os trem que tem que usar [...] [risos] Haaa num sei não véi [...] uso não* (Sujeito 10).

Já as seguintes falas de outros entrevistados denotam que, após alguns meses com uma parceira fixa, geralmente, o adolescente abandona o uso do preservativo. *Eu me previno usando camisinha. É, aí quando a gente conhece a pessoa [...], depois de uns três meses não precisa usar não!* (Sujeito 11). *Hummm. Ah, eu uso camisinha. Sempre. Nas duas vezes com a menina depois não pega não! Ah, ela toma remédio* (Sujeito 1).

Alguns autores também revelam que os adolescentes, no início das relações sexuais, aderem ao uso do preservativo, mas, com o decorrer do relacionamento, comumente depois de três meses, deixam de usá-lo graças a crenças equivocadas de diminuição do limiar de vulnerabilidade⁽¹⁻⁴⁾. Com o relacionamento marcado pela paixão, aumenta a confiança do parceiro, fazendo com que o sexo desprotegido se torne uma constância em decorrência do envolvimento afetivo e da intimidade do casal, e passa-se ao uso de outros métodos contraceptivos, como o método hormonal (pílula anticoncepcional)⁽⁷⁾. Por outro lado, o estudo realizado pela pesquisa PeNSE⁽²¹⁾ mostrou também que os jovens, embora utilizem com maior frequência o preservativo nos primeiros meses de relacionamento, há, nos últimos anos, mesmo que de forma tímida, tendência de adesão ao preservativo, tanto para proteção como para contracepção⁽¹⁾.

Ainda, um dos adolescentes apontou preocupação com a prevenção às DSTs/HIV/Aids, associando a representação da prática da relação sexual com pessoa do mesmo sexo como comportamento de risco. Entretanto, como observado na fala a seguir, o adolescente tem a percepção de que o risco está voltado ao homossexualismo e não à falta de adesão ao preservativo durante o ato sexual. *Se sou vulnerável? pergunta meio difícil [...] [risos]. Não sei se eu me previno muito bem não! Faço sexo*

com outro homem [...] eeeee. Acho que tenho risco! [riscos] (Sujeito 9).

De fato, alguns trabalhos indicam que o homossexualismo configura-se como comportamento de risco para as DSTs/HIV/Aids, em virtude das características da própria prática sexual^(8,23). Entretanto, se o indivíduo adere às medidas preventivas, como o uso sistemático do preservativo, a vulnerabilidade é similar à relação sexual heterossexual.

As representações sociais identificadas nessa categoria assinalam dois pontos relevantes para a prevenção, considerando-se que esse grupo social reside em área de grande vulnerabilidade individual, social e programática: o primeiro ponto refere-se à necessidade premente de ampliar a discussão sobre os modelos de masculinidade e feminilidade, culturalmente construídos no assentamento, buscando desmistificá-los. O segundo ponto vislumbra a elaboração e efetivação de estratégias de intervenções voltadas para a saúde do homem, de forma que consigam englobar as diversidades da população masculina brasileira e que sejam de factível aplicabilidade ao Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) – Ministério da Educação/Saúde/Unicef/Unesco constitui ferramenta imprescindível para a discussão dessas temáticas, uma vez que a escola representa importante equipamento social colaborador na construção da identidade do adolescente.

As temáticas de gênero, saúde do homem e sexualidade devem ser discutidas em sala de aula, de modo transversal, sobretudo com a participação do protagonismo juvenil. Na realidade, o que tem acontecido é que a maioria dos professores ainda trabalha conteúdos relacionados à sexualidade humana apenas nas disciplinas das ciências biológicas^(21,24). Entende-se que os professores podem contribuir para que a sexualidade seja discutida nas diversas áreas do saber, uma vez que eles desempenham, nas instituições de ensino, o papel de mediadores do processo de ensino-aprendizagem e formadores de opinião.

Assim, torna-se imprescindível que tanto o adolescente quanto todos os envolvidos no seu acompanhamento, em especial os profissionais de saúde e educação, conheçam e pratiquem profundamente as legislações referentes aos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência e, sobretudo, que a educação em saúde seja um instrumento que ultrapasse os muros da escola, abarcando todos os equipamentos sociais existentes no assentamento, como instituições religiosas e de ensino, Incra, associações de moradores, serviço de assistência social, instituições de ensino superior, dentre outros.

Convém salientar que esses direitos visam a garantia da vivência da sexualidade de forma mais orientada, segura, saudável e livre de conceitos preestabelecidos pelos padrões morais, religiosos, sociais e culturais^(10,25).

Considerações finais

A população masculina, durante muitos anos, não recebeu a devida atenção e não participou das prioridades das políticas públicas de saúde. Atualmente, devido às vulnerabilidades masculinas, muitas discussões estão ocorrendo sobre a necessidade de assistir a saúde do homem, fato que corroborou o desenvolvimento da PNAISH no Brasil. Entretanto, o referido programa ainda se encontra em fase de implantação, sendo que alguns segmentos populacionais, como os adolescentes assentados, ainda são pouco beneficiados com a política, graças às próprias características dos assentamentos brasileiros.

Nesse contexto, iniciativas em várias áreas do conhecimento estão tentando incluir em seus trabalhos maior entendimento das necessidades dos homens adolescentes, em especial as relativas à sexualidade humana, como vulnerabilidade, gênero e medidas preventivas para as doenças transmitidas pela via sexual.

Os resultados decorrentes das representações sociais encontradas nesta investigação apontam para a necessidade de intervenções eficazes de educação sexual que orientem os adolescentes assentados, visto que esses se percebem invulneráveis às infecções transmitidas pela via sexual, além de manter conceitos de uma masculinidade hegemônica e demonstrarem, em seus discursos, desconhecimento sobre as formas de prevenção das DSTs/HIV/Aids.

Desse modo, a instituição de ensino do assentamento, juntamente com outros equipamentos sociais existentes, configuram-se como espaços favoráveis para a realização de programas educativos que visem a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente assentado. Essas estratégias devem ocorrer por meio não só do trabalho de educação em saúde com o público adolescente como pela educação continuada, com vistas a instrumentalizar os profissionais da saúde e educação para a implantação do projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE) do PSE.

Essas intervenções devem ser articuladas às redes sociais do adolescente (família, amigos, professores, pais), resguardando as diferenças nas necessidades dos adolescentes masculinos, baseadas na equidade, integralidade e humanização, livres de ideias

preconcebidas, preconizadas pela PNAISH. Nesse sentido, a universidade, como unidade formadora e apoiadora de outros níveis de ensino, possui, também, papel social de atender às demandas da sociedade, especialmente quando temáticas relacionadas a fenômenos comportamentais exigem maior grau de cientificidade e tecnologias variadas de ensino- aprendizagem que respeitem as especificidades e particularidades do público-alvo.

Por fim, acredita-se que o enfermeiro, como educador, possa contribuir holisticamente para o empoderamento dos adolescentes na idealização/implementação de medidas preventivas e, conseqüentemente, na efetivação de ações que possibilitem a redução da vulnerabilidade desses indivíduos às DSTs/HIV/Aids. Espera-se que este estudo contribua para a produção de conhecimentos que irão fornecer informações para o aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais, com vistas a discutir questões relativas à sexualidade masculina dos adolescentes assentados.

Referências

1. Malta DC, Silva MAL, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DJ, Sardilha LMV. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):147-56.
2. Halpern CT. Reframing Research on Adolescent Sexuality: Healthy Sexual Development as Part of the Life Course. *Perspect Sexual Reproduct. Health.* 2010;42(1):6-7.
3. Greig A, Peacock D, Jewkes R, Msimang S. Gender and AIDS: time to act. *Aids.* 2008;22 Suppl 2:35-43.
4. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Junior WA, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3221-8.
5. Liu H, Li S, Feldman MW. Forced bachelors, migration and HIV transmission risk in the context of China's gender imbalance: A meta-analysis. *AIDS Care:* 2012;24(12):1487-95.
6. Dias FLA, Silva KL, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Maia CC. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(3):456-61.
7. Marques JS Junior, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(2):511-20.
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2011. 162 p. 8(1).
9. Allotey P, Verghis S, Castillo FA, Reidpath DD. Vulnerability, equity and universal coverage – a concept note. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1-3.
10. Lisa M. Edwards LM, Fehring RJ, Jarrett KM, Haglund KA. The Influence of Religiosity, Gender, and Language Preference Acculturation on Sexual Activity Among Latino/a Adolescents. *Hispanic J Behav Scienc.* Nov 2008;30(4):447-62.
11. Coelho RFS, Souto TG, Soares LR, Lacerda LCM. Conhecimentos e Crenças sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids entre Adolescentes e Jovens de Escolas Públicas Estaduais da Região Oeste de Goiânia. *Rev Patol Trop.* 2011;40(1):10-9.
12. Haritha S. The Sex Generation: The impact of teen attitudes, views, and knowledge of contraceptives and sexual activity on the teen pregnancy and STD rates in the United States. *Union College.* 2011;10(2):12-8.
13. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2009. 404 p.
14. Vieira T. Residencial Jardim cerrado tem todas suas mais de 2.300 casas ocupadas. falta nome do jornal, Goiânia 2012, 6 mar; Edição nº 001, A:17, col 001.
15. Unesco. Políticas públicas de/para/com juventudes. Brasília: UNESCO; 2004. 304 p.
16. Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990 (BR). Estatuto dos Direitos da Criança e Adolescente. Diário Oficial da União [Internet]. 1990. [acesso 30 out 2012]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.html.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011. 229 p.
18. Wang B, Bonita S, Xinguang C, Xiaoming L, Dinaj-Koci V, Brathwaite N, et al. Predictors of Responsiveness Among Early Adolescents to a School-Based Risk Reduction Intervention Over 3 Years. *AIDS Behav.* 2012;16(2):469-79.
19. Camargo BV, Campos PHF, Torres TL, Stuhler GD, Matão MEL. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas Psicol.* 2011;19(1):179-92.
20. Duarte SJH, Souza RS. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Eletr Gestão Saúde.* [Internet]. 2012[acesso 13 jan 2013];3(1):520-30. Disponível em: <http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/140>
21. Penna G. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15 suppl 2:3006.
22. McCormack M. Queer Masculinities, Gender Conformity, and the Secondary School. In: Landreau JC, Rodriguez JN. *Queer Masculinities Explorations of Educational Purpose.* New York: Springer Business; 2012. p. 35-46.
23. Hall HI, Walker F, Shah D, Belle E. Trends in HIV Diagnoses and Testing Among U.S. Adolescents and Young Adults. *AIDS Behav.* 2012;16(1):36-43.

24. Barros SC, Ribeiro PRC. Educação para a sexualidade: uma questão transversal ou disciplinar no currículo escolar? Rev Electr Enseñanza Ciencias. 2012; 11(1):164-87.

25. Moraes SP, Vitalle MSS. Sexual and reproductive rights in adolescence. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(1):48-52.

Recebido: 13.12.2012

Aceito: 25.7.2013