



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Giselle da Silva Figueiredo Lima

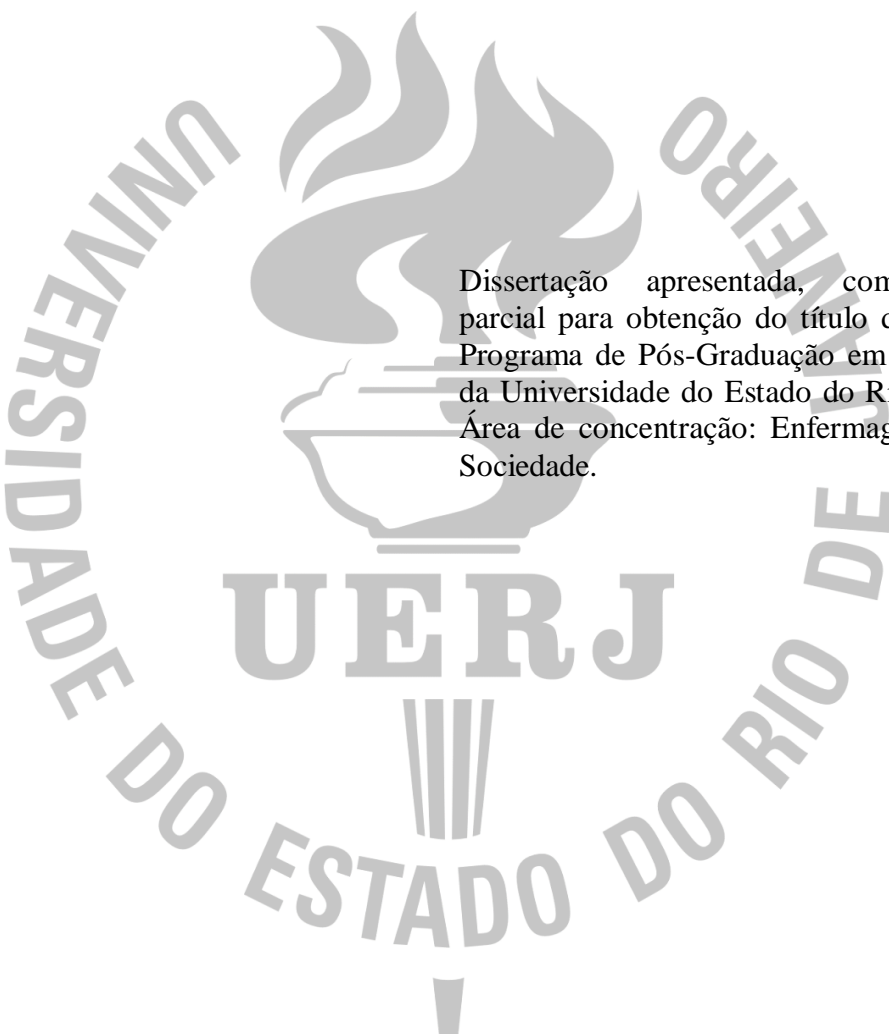
**Práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de
universitários do sexo masculino: estudo comparativo**

Rio de Janeiro

2019

Giselle da Silva Figueiredo Lima

Práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de universitários do sexo masculino: estudo comparativo



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Spindola

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

L732 Lima, Giselle da Silva Figueiredo.
Práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de universitários do sexo masculino / Giselle da Silva Figueiredo Lima. – 2019.
110 f.

Orientadora: Thelma Spindola
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde comunitária. 2. Jovens - Comportamento sexual. 3. Doenças sexualmente transmissíveis - Prevenção. 4. Saúde do homem. I. Spindola, Thelma. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Adriana Caamano CRB 5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Giselle da Silva Figueiredo Lima

Práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de universitários do sexo masculino: estudo comparativo

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 23 de janeiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Thelma Spindola (orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Elizabeth Rose Costa Martins
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus e à minha família pelo apoio constante e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

As conquistas do homem nunca são individuais. Foram dois anos de luta, perseverança e momentos de incerteza. Graças a Deus, familiares e amigos foi possível seguir em frente. A essas pessoas, minha gratidão e parceria para o que der e vier porque essa não foi a única batalha em que estiveram ao meu lado.

Aos meus pais Carlos e Generosa que em cada gesto me abraçaram e muitas vezes me ajudaram sem que eu nem precisasse pedir. Fizeram e fazem de tudo por mim. Obrigada pela formação de caráter, pelo amor sem limites. Amo vocês.

Ao meu marido Diego que amo e sempre me incentiva e apoia em todas as minhas escolhas e à nossa princesa Laura, que cursou o mestrado comigo desde o ventre. Vocês são minha fortaleza e estímulo para continuar. Amor maior que eu!

Ao meu irmão Rodrigo que sempre foi uma inspiração de luta pelas conquistas sem deixar os seus de fora. Pelo help toda vez que meu computador insistia em não colaborar. Te amo.

Aos meus tios Zé e Jeanne pela torcida, por fazerem parte da minha formação e estarem sempre dispostos a ajudar quando preciso. Se um dia eu conseguir ser um pouquinho do que vocês são, serei uma pessoa muito melhor.

À minha amiga-cunha e comadre Raquel, que há anos faz parte da minha vida e permite que compartilhe de sua integridade. Você é um exemplo e inspiração para mim.

Às mestrandas Bárbara e Claudia que dividiram algumas angústias típicas e ajudaram a confeccionar o trabalho. Muito obrigada.

À minha orientadora Thelma Spindola pelo direcionamento nessa caminhada, por entender as limitações do dia a dia e por ajudar a concretizar essa conquista. Muito obrigada.

À banca examinadora por suas contribuições em prol desta pesquisa. Certamente ela amadureceu após o olhar de vocês.

Finalmente a Deus pelo amor que Ele me dedica mesmo nas minhas imperfeições. Obrigada pelas inúmeras bênçãos na minha vida. Essa é apenas mais uma delas. A maior se chama Laura!

Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...

Fernando Pessoa

RESUMO

LIMA, Giselle da Silva Figueiredo. **Práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de universitários do sexo masculino**: estudo comparativo. 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O estudo teve como objetivo geral: analisar comparativamente as práticas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) de jovens universitários do sexo masculino de duas instituições. E como objetivos específicos: identificar as práticas sexuais dos jovens universitários frente às IST; caracterizar as práticas de prevenção de IST adotadas pelos universitários; comparar as práticas sexuais e de prevenção de IST adotadas por eles. Estudo quantitativo, descritivo, transversal, desenvolvido em duas instituições de ensino superior (IES1 e IES2), no Rio de Janeiro, com amostra do tipo intencional e estratificada, de 768 jovens universitários do sexo masculino de 18 a 29 anos. Para captação das informações foi utilizado um questionário estruturado com 60 questões. A análise dos dados empregou a estatística descritiva, em frequências absolutas, relativas e análise bivariada; para a análise inferencial foi utilizado o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e aplicado o teste qui-quadrado de Pearson. Os resultados evidenciaram que os universitários das duas instituições apresentam práticas sexuais e comportamento de risco semelhante para aquisição de IST, havendo poucas diferenças. A maioria é sexualmente ativa, tendo tido o primeiro intercurso sexual e usado o preservativo nessa ocasião. Um quantitativo expressivo de participantes não utiliza preservativo sempre e não costuma negociar o seu uso. No tocante ao emprego do preservativo com parcerias fixas, os universitários da IES1 apresentaram resultados em quantitativo maior que os participantes da IES2. Em relação ao conhecimento sobre as IST, embora os jovens tenham informado que não conhecem o suficiente, reconhecem algum método para a prevenção das infecções. As parcerias sexuais dos participantes não costumam usar o preservativo feminino. O uso de álcool e/ou drogas foi informado pela maioria dos jovens, contudo o seu emprego não precedeu à última relação sexual. Nas duas instituições, grande parte não utiliza o sistema público de assistência à saúde, nunca realizou teste para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e não são circuncidados. Conclui-se que os participantes do estudo assumem um comportamento de risco e ficam vulneráveis às IST e, nesse contexto são oportunas ações educativas que valorizem o autocuidado de jovens e orientações relacionadas à prevenção de agravos à saúde sexual. É preciso que os profissionais envolvidos no atendimento a população jovem sejam capacitados e, estimulem a reflexão sobre a importância dos cuidados com a saúde sexual, com destaque para o público masculino que não busca com frequência os serviços de saúde, adesão às práticas de prevenção de agravos e assunção de um comportamento de risco.

Palavras-chave: Saúde do homem. Jovem. Infecções sexualmente transmissíveis. Prevenção.

ABSTRACT

LIMA, Giselle da Silva Figueiredo. **Sexually Transmitted Infections prevention practices of male college students**: a comparative study. 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The general objective of the study was to analyze sexually transmitted infections (STI) of young male college students from two institutions. And as specific objectives: to identify the sexual practices of college students against STI; to characterize the practices of prevention of STI adopted by university students; to compare the sexual practices and prevention of STI adopted by them. A quantitative, descriptive, cross-sectional study developed in two higher education institutions (IES1 and IES2), in Rio de Janeiro, with a sample of the intentional and stratified type, of 768 university students, male, aged 18 to 29 years. A questionnaire structured with 60 questions was used to gather information. Data analysis employed descriptive statistics, in absolute, relative frequencies and bivariate analysis; for the inferential analysis we used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and applied the chi-square test of Pearson. The results showed that the students of the two institutions presented sexual practices and similar risk behavior for STI acquisition, with few differences. Most are sexually active, having had their first sexual intercourse and using condoms on this occasion. An expressive number of participants does not use condoms at all and does not usually negotiate their use. Regarding the use of the condom with fixed partnerships, the students of IES1 presented results in quantitative higher than the participants of IES2. Regarding knowledge about STI, although young people have reported that they do not know enough, they recognize some method for the prevention of infections. Participant sexual partnerships do not usually use the female condom. Alcohol and / or drug use was reported by most young people, but their employment did not precede their last sexual intercourse. In both institutions, much of it does not use the public health care system, has never tested for human immunodeficiency virus (HIV) and is not circumcised. It is concluded that the participants of the study assume a risk behavior and are vulnerable to STI and, in this context, educational actions that value the self-care of young people and guidelines related to the prevention of sexual health problems are opportune. It is necessary that the professionals involved in the care of the young population be trained and stimulate the reflection on the importance of the sexual health care, with emphasis on the male audience that does not frequently seek health services, adherence to prevention practices and risk behavior.

Keywords: Man's health. Young. Sexually Transmitted Infections. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mandala de prevenção combinada do HIV.....	38
Gráfico 1 –	Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino segundo sua idade. Rio de Janeiro, 2018. n= 768.....	51
Gráfico 2 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo o uso do preservativo no primeiro intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=661.....	54
Gráfico 3 –	Uso do álcool e/ou drogas pelos universitários do sexo masculino de duas instituições antes do último intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	57
Gráfico 4 –	Distribuição dos participantes de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo em todo intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=661.....	59
Gráfico 5 –	Distribuição dos participantes de duas instituições de ensino superior conforme a negociação do uso do preservativo. Rio de Janeiro, 2018. n= 661.....	60
Gráfico 6 –	Distribuição dos jovens de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo feminino pela parceira. Rio de Janeiro, 2018. n= 661.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos sobre vulnerabilidade e comportamento sexual de risco de jovens capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018.....	21
Quadro 2 – Artigos sobre o conhecimento dos jovens sobre IST capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018.....	22
Quadro 3 – Artigos sobre prevenção, fatores determinantes e perfil da saúde sexual e reprodutiva de jovens capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018.....	23
Quadro 4 – Manifestações clínicas e agentes etiológicos das principais IST.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino segundo o curso de graduação e a instituição de ensino. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	49
Tabela 2 –	Caracterização sociodemográfica dos universitários do sexo masculino de duas instituições. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	52
Tabela 3 –	Uso do álcool e/ou drogas pelos universitários do sexo masculino de duas instituições. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	53
Tabela 4 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o primeiro intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	53
Tabela 5 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo as práticas sexuais com parceiro fixo e o uso do preservativo, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n= 661.....	55
Tabela 6 –	Distribuição dos universitários de duas instituições segundo as práticas sexuais com parceiro casual e o uso do preservativo, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n=661.....	55
Tabela 7 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme as práticas sexuais com mais de cinco parcerias, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	56
Tabela 8 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2018. n=661.....	57
Tabela 9 –	Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições relacionadas ao conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e método de prevenção. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	58

Tabela 10 – Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino de duas instituições conforme a utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2018. n= 768.....	61
Tabela 11 – Distribuição dos jovens do sexo masculino de duas instituições segundo a testagem para detecção do HIV e cirurgia de fimose. Rio de Janeiro, 2018. n=768.....	61
Tabela 12 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e o status de relacionamento. Rio de Janeiro, 2018.....	62
Tabela 13 – Distribuição dos estudantes do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e a idade agrupada. Rio de Janeiro, 2018.....	63
Tabela 14 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e a orientação sexual. Rio de Janeiro, 2018.....	63
Tabela 15 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e se considera ser religioso. Rio de Janeiro, 2018.....	64
Tabela 16 – Distribuição dos universitários segundo o uso do preservativo em toda relação sexual e o conhecimento do método de prevenção de IST. Rio de Janeiro, 2018.....	64
Tabela 17 – Distribuição dos jovens do sexo masculino de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e uso de álcool e/ou drogas antes da última relação sexual. Rio de Janeiro, 2018.....	65

Tabela 18 – Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino de duas instituições segundo o uso do preservativo em toda relação sexual e a realização do teste para detecção do HIV. Rio de Janeiro, 2018.....	65
Tabela 19 – Distribuição dos universitários de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e a busca por atendimento de saúde nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018.....	66
Tabela 20 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e a ocorrência de IST. Rio de Janeiro, 2018.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CEDERJ	Centro de Educação Superior a Distância do Estado do Rio de Janeiro
CID	Classificação Internacional de Doenças
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas

PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPC-UERJ	Policlínica Piquet Carneiro - UERJ
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PSE	Programa de Saúde na Escola
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ AIDS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	25
1.1	Juventude	25
1.1.1	<u>Conceito e aspectos biopsicossociais</u>	25
1.1.2	<u>Sexualidade, juventude e masculinidades</u>	26
1.2	Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	29
1.2.1	<u>Conceito e epidemiologia</u>	29
1.2.2	<u>IST na Atenção Primária à Saúde</u>	33
1.3	Saúde do Homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	34
1.4	Práticas de prevenção	37
1.4.1	<u>Conceitos e prevenção combinada</u>	37
1.4.2	<u>Componentes da prevenção combinada</u>	40
2	MATERIAL E MÉTODO	44
2.1	Tipo de estudo	44
2.2	Campo do estudo	44
2.3	Participantes da pesquisa	45
2.4	População/Amostra	45
2.5	Instrumento de coleta de dados	46
2.6	Coleta de dados	47
2.7	Análise de dados	47
2.8	Aspectos éticos da pesquisa	47
3	RESULTADOS	49
3.1	Dados de caracterização	49
3.2	Práticas sexuais	53
3.3	Práticas de prevenção	58
3.4	Análises inferenciais	62
4	DISCUSSÃO	68
	CONCLUSÃO	84
	REFERÊNCIAS	87

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados.....	98
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (IES1).....	102
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (IES2).....	104
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: Instituição 1.....	106
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição 2.....	109

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se tornaram um problema de saúde pública no Brasil e no mundo tendo em vista as elevadas taxas de incidência e prevalência encontradas em estudos epidemiológicos. Trata-se de um grupo de doenças transmitidas principalmente pela via sexual e em menor proporção por via sanguínea que envolvem diferentes fatores responsáveis pela manutenção do seu ciclo de transmissão (BRASIL, 2016a).

Estudo publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008 revela que a demanda por clínicas de IST apresentou alta prevalência de pessoas com associação de infecções sintomáticas e assintomáticas dentre elas a gonorreia, clamídia e infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) entre os jovens de idade mais precoce em início de suas atividades sexuais (BRASIL, 2016a).

Esses dados epidemiológicos e o conhecimento da existência de uma pesquisa já em curso denominada “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis” coordenada pela pesquisadora e professora Thelma Spindola fizeram com que a autora permanecesse motivada em estudar a saúde dos jovens do sexo masculino, desta vez, frente às IST.

Este estudo é um recorte dessa pesquisa matriz desenvolvida no grupo de pesquisa “Processos sociocognitivos e psicossociais do cuidado de saúde e enfermagem de grupos populacionais”, integrado ao programa de incentivo à produção científica, técnica e artística – Prociência 2015 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e à linha de pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ.

Durante a minha formação profissional, em diversos momentos me aproximei desse público, inicialmente abordando a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Atuando em um projeto de extensão na universidade, tive a oportunidade de participar da orientação de jovens universitários do curso de enfermagem na construção de estratégias de educação em saúde voltadas para outros jovens. Através de dinâmicas de grupo, foram abordados temas chaves como: a gravidez, o uso de álcool e drogas, as infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Durante o estágio supervisionado, na graduação em enfermagem, tive a oportunidade de atuar junto aos jovens hospitalizados vivenciando um outro aspecto da atenção à saúde e

fiquei mais entusiasmada em atuar com esse público. Ao final da graduação, a repercussão desse estágio fez com que decidisse pela residência em Saúde do Adolescente para que pudesse aprofundar meus conhecimentos.

Durante dois anos no curso de residência nos moldes de especialização, na UERJ, pude vivenciar as esferas de atenção primária, secundária e terciária. Na primeira, um forte trabalho voltado para educação em saúde e na consolidação da consulta de enfermagem. Na segunda, um olhar voltado para os jovens que precisavam de atenção especializada a nível ambulatorial. E na terceira, o jovem hospitalizado, com outras vulnerabilidades afloradas. Em todas as esferas foram desenvolvidas atividades educativas.

Ao término da residência, continuei a atuar como enfermeira plantonista na atenção terciária, durante dois anos, no mesmo cenário onde realizei a especialização e, posteriormente, comecei a atuar em uma unidade básica de saúde.

Nesse novo cenário, em diferentes momentos, me deparei com o jovem na consulta de enfermagem, no acolhimento, acompanhamento do pré-natal, em grupos educativos e também na demanda espontânea para testagem rápida de quatro infecções sexualmente transmissíveis disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite B e hepatite C.

Este foi o primeiro contato que tive com esses testes. Até então, tinha pouco conhecimento a respeito dos mesmos e acreditava que eram oferecidos somente em polos de referência contra o HIV. Desconhecia que eram amplamente disponibilizados para a população. Com o tempo, percebi que muitos usuários não conheciam os testes e realizavam por solicitação do profissional de saúde. Nesse contexto, busquei me aperfeiçoar para que pudesse acolher e oferecer um aconselhamento pré e pós teste de qualidade.

O diálogo com os usuários permitiu que conhecesse muitas histórias sobre a saúde sexual e reprodutiva de jovens, comportamentos de risco e testes com resultados reagentes, principalmente para sífilis e HIV. Ao ingressar no programa de pós-graduação em enfermagem da UERJ surgiu o interesse em estudar as práticas de prevenção de IST adotadas pela população jovem.

Nessa perspectiva, delimitou-se o seguinte **objeto** para este estudo: práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de jovens universitários do sexo masculino. Nesse contexto emergiu a seguinte **questão de pesquisa**: Existe diferença nas práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis de jovens do sexo masculino de duas instituições de ensino superior?

Hipóteses:

- a) Jovens universitários, do sexo masculino e solteiros, quando comparados aos jovens com outra situação conjugal costumam usar mais o preservativo;
- b) O uso de álcool e/ou drogas pelos jovens universitários do sexo masculino, antes do intercurso sexual, influencia o não uso do preservativo;
- c) Jovens universitários apresentam práticas sexuais e de prevenção semelhantes a outros jovens da mesma faixa etária.

Objetivos:

Objetivo geral: Analisar comparativamente as práticas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis de jovens universitários do sexo masculino de duas instituições de ensino superior.

Objetivos específicos:

- a) Identificar as práticas sexuais de jovens universitários do sexo masculino de duas instituições de ensino superior frente às infecções sexualmente transmissíveis;
- b) Caracterizar as práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis adotadas por jovens universitários do sexo masculino de duas instituições de ensino superior;
- c) Comparar as práticas sexuais e de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis adotadas por jovens universitários do sexo masculino de duas instituições de ensino superior.

Este estudo mostra-se relevante pois discutirá sobre as IST, problema de saúde pública cuja população alvo, objeto dessa pesquisa, é a juventude masculina universitária.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento, observar o que existe de publicação recente sobre este tema e justificar o objeto em questão foi realizada uma revisão de literatura no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Inicialmente foram realizadas três buscas avançadas com diferentes associações de descritores. Foram aplicados os seguintes filtros: artigos publicados no período de 2013 a 2018, excluindo os demais tipos de publicações (teses, dissertações, livros e outros).

Na primeira busca foram utilizados os descritores “Saúde do Homem” AND (IST OR DST) somando 14 artigos. Na segunda busca associaram-se os descritores “Adulto Jovem” AND (IST OR DST) obtendo um total de 6 artigos. A terceira busca utilizou os descritores Prevenção AND (IST OR DST), somando um total de 267 artigos. Dentro dessas buscas, encontrou-se um total de 287 artigos, dos quais dois se repetiram. Entretanto, desses 285 artigos apenas 14 tinham aderência ao objeto de estudo, ou seja, estudaram algum aspecto da saúde sexual de adultos jovens no contexto das IST, como conhecimento, práticas sexuais e de prevenção, comportamentos sexuais entre outros. O material encontrado está descrito a seguir em três quadros que foram divididos por seus assuntos principais:

Quadro 1 – Artigos sobre vulnerabilidade e comportamento sexual de risco de jovens capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018

Nº Ordem	Nome do Artigo	Autores	Local de Publicação/ Ano	Objetivo
1	Produção de conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis na população jovem: pesquisa bibliométrica.	SPINDOLA, T. et al.	J. Res.: Fundam. Care. Online/ 2015	Identificar e caracterizar a produção científica de enfermeiros relacionada à vulnerabilidade dos jovens às DST.
2	Social representation of sex in Portuguese young adults.	GOMES, A.; NUNES, C.	Psicologia: Reflexão e Crítica/ 2015	Medir a representação social do sexo entre jovens portugueses universitários e sua influência nos comportamentos sexuais de risco.
3	Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/ Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil.	FONTES, M.B. et al.	Ciên. Saúde Colet. / 2017	Avaliar a vulnerabilidade de jovens brasileiros para DST/ AIDS e hepatites virais.
4	HIV prevalence and sexual behavior among Young male conscripts in the Brazilian army, 2016.	SPERHACKE, R.D. et al.	Medicine/ 2018	Estimar a soroprevalência do HIV de recrutas no Brasil por região geográfica e descrever o comportamento em relação ao risco de transmissão do HIV.
5	Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil.	PEREIRA, B.S. et al.	Cien Saude Colet / 2014	Investigar fatores associados à infecção pelo HIV entre adolescentes e adultos jovens.

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 2 – Artigos sobre o conhecimento dos jovens sobre IST capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018

Nº Ordem	Nome do Artigo	Autores	Local de publicação/ Ano	Objetivo
1	Nationwide survey on HIV/AIDS knowledge, attitudes and risk behavior in university students of Portugal.	REIS, M. et al.	Spanish Journal of Psychology/ 2013	Analisar diferença entre gêneros e a associação entre o uso inconsistente do preservativo relacionados aos conhecimentos, atitudes e práticas sobre HIV de jovens universitários portugueses.
2	Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007.	MIRANDA, A.E. et al.	Ciê. Saúde Colet./ 2013	Analisar a associação do conhecimento sobre DST e grau de escolaridade de jovens alistados no exército.
3	Análise do conhecimento de alunos da educação de jovens e adultos (EJA) sobre doenças sexualmente transmissíveis.	FERNANDES, X.L.M. et al.	Rev. da Universidade Vale do Rio Verde/ 2012	Analisar o conhecimento de jovens sobre as DST.
4	Young academics and the knowledge about sexually transmitted diseases- contribution to care in nursing.	DANTAS, K.T.B. et al.	J. Res.: Fundam. Care. Online/ 2015	Analisar conhecimentos dos graduandos de enfermagem acerca das DST, identificar as práticas que os jovens adotam para prevenção de DST.
5	O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários.	CASTRO, E.L. et al.	Ciênc. Saúde Coletiva (Online)/ 2016	Quantificar e gerar autopercepção do (des)conhecimento sobre as DST e avaliar o interesse em uma disciplina sobre o tema.

Fonte: A autora, 2018.

Quadro 3 – Artigos sobre prevenção, fatores determinantes e perfil da saúde sexual e reprodutiva de jovens capturados no Portal CAPES no período de 2013 a 2018

Nº Ordem	Nome do Artigo	Autores	Local/ Ano	Objetivo
1	Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays.	CUNHA, R.B.B.E.; GOMES, R.	Physis: Rev. de Saúde Coletiva/ 2016.	Analisar os sentidos atribuídos aos cuidados em saúde, em geral, e à prevenção da DST/Aids, em específico, por homens jovens homossexuais.
2	Sexual profile of university students.	ALVES, B. et al.	Rev. Brasileira em Promoção da Saúde/ 2017	Investigar o perfil sexual de estudantes universitários.
3	Fatores determinantes da saúde sexual e reprodutiva dos jovens brasileiros de 18 a 29 anos.	FONTES, M.B. et al.	Health Sciences (UEM)/ 2016	Avaliar os fatores determinantes da saúde sexual e reprodutiva de jovens brasileiros.
4	Condom use in the last sexual intercourse among undergraduate students: how many are using and who are they?	MOREIRA, L.R.	Ciên. Saúde Colet./ 2018	Medir a prevalência do uso da camisinha no último intercurso sexual e associar os fatores envolvidos entre estudantes universitários.

Fonte: A autora, 2018.

A análise da busca bibliográfica mostra que dentre os 14 artigos encontrados houve uma concentração de objetivos que buscaram analisar o conhecimento sobre as IST e avaliar comportamentos de risco e vulnerabilidades dos jovens frente a essas infecções. Apenas dois estudos definiram em seus objetivos a prevenção das IST entre jovens, entretanto, a prevenção não era o único objetivo destas pesquisas.

Em relação aos sujeitos da pesquisa, cinco artigos trataram de jovens, seis artigos de jovens universitários, dois sobre jovens do sexo masculino e apenas um tratou de jovens universitários do sexo masculino como o presente estudo.

Dentre os pesquisadores principais de cada estudo, quatro são psicólogos, três enfermeiros, dois médicos, um pedagogo, um farmacêutico, um formado em logística e um em administração pública e de empresas com doutorado em saúde pública que publicou duas pesquisas.

Este estudo, portanto, pretende contribuir para o incremento dessa discussão na academia, instituição formadora de futuros profissionais.

A atenção dispensada ao tema durante a graduação proverá profissionais mais capacitados e sensíveis ao atendimento dessa demanda considerada como problema de saúde pública. Além disso, auxiliará alunos em seus projetos de pesquisa bem como subsidiará a docência em suas práticas pedagógicas.

Na assistência, o estudo vem para somar como embasamento teórico das ações em saúde, uma vez que se trata de um tema de abordagem tão complexa. As infecções sexualmente transmissíveis requerem não apenas diagnóstico e tratamento, mas um olhar integral do profissional sobre seu paciente trazendo-o como corresponsável no seu processo de saúde. Apenas dessa maneira o profissional conseguirá ser resolutivo em sua assistência.

Finalmente na pesquisa, este trabalho tem o intuito de incitar mais pesquisadores a se aprofundarem no tema. Trata-se de um assunto longe de ter sua discussão esgotada, pelo contrário, ainda há muito a estudar para conhecer e entender o comportamento humano. Neste caso, o comportamento da população masculina jovem e suas práticas de prevenção para as IST.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Juventude

1.1.1 Conceito e aspectos biopsicossociais

Desde agosto de 2013, a Lei nº 12.852, instituiu o Estatuto da Juventude, instrumento que zela pelos direitos, princípios e diretrizes de políticas públicas voltadas aos jovens, sujeitos pertencentes à faixa etária de 15 a 29 anos de idade (BRASIL, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o último censo demográfico de 2010 apontou uma proporção 26,9% de jovens na população nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

O jovem tem por característica o imediatismo, preocupando-se em viver o agora de maneira intensa, considerando-se por vezes invencível e imortal. Passado e futuro não são motivos de preocupação. Esta maneira de viver pode gerar atitudes impulsivas, sem reflexão prévia, colocando-os em situações de risco (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011).

Estas características fizeram com que a sociedade construísse opiniões contraditórias sobre a juventude: ao mesmo tempo que considerava um público imaturo também achava ser a fase que mais aproveita, de forma plena, os prazeres da vida e tudo que ela tem a oferecer, sem deixar de lado a conquista da subjetividade, individualismo e privacidade (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011; SILVA; SILVA, 2011).

Em decorrência dessas características, historicamente, os conceitos de juventude e adolescência acabam por se confundir em alguns momentos, possuindo pontos convergentes e divergentes (SILVA; LOPES, 2009).

Juvenil tem sua origem na palavra “juvenis” cujo significado é “aquele que está em plena força” (NOVAES; VANNUCHI, 2004). A juventude está mais ligada às ciências sociais e às relações sociais construídas ao longo do tempo (SILVA; LOPES, 2009). Já a adolescência é considerada etapa inicial da juventude, segundo a sociologia, estando mais ligada às teorias da psicologia por considerar o indivíduo um ser psíquico que se baseia em experiências subjetivas (GOMES; COSTA, 2011; SILVA; LOPES, 2009).

Em relação à faixa etária, também existem divergências entre as literaturas. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente está inserido na faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990). A OMS, por sua vez, considera o adolescente pertencente à segunda década de vida, 10 a 19 anos. E finalmente, neste estudo, vamos utilizar a definição do Estatuto da Juventude que considera o jovem como indivíduo de 15 a 29 anos (BRASIL, 2006).

Desta forma, o Estatuto da Juventude abarca a população jovem que ainda não tinha seus direitos garantidos por lei, aquela que se encontra na faixa etária de 19 a 29 anos. Apesar das distintas delimitações de idade para definição da população jovem, há que se considerar que dentro desta faixa etária existem diversas juventudes que precisam ser reconhecidas na sua pluralidade e individualidade. Cada jovem vivencia de modo particular essa fase de sua vida que será influenciada por inúmeros condicionantes sociais (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

1.1.2 Sexualidade, juventude e masculinidades

Apesar da sexualidade ter sofrido mudanças ao longo do tempo por influência de fatores sociais e culturais, ainda hoje o exercício sexual dos jovens é visto como atividade de risco devido à sua forte correlação com as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez indesejada (SHOVELLER; JOHNSON, 2006).

A relativa liberdade sexual, marcada por diferentes experiências afetivo- sexuais entre os jovens, cada vez mais representadas nas mídias, desafia-os a lidar com as regras sociais, relações de gênero e experimentação sexual de maneira mais profunda e precoce (BRANDÃO, 2009).

Apesar de ser um tema importante nas discussões sobre os jovens, a sexualidade geralmente é abordada, de modo discreto, sob o aspecto biológico da reprodução no meio familiar ou entre amigos e poucos são os estudos que abordam diretamente o assunto. Talvez por esse motivo, ainda perdurem mais que o necessário os mitos e tabus em torno do tema e seja tão enraizada a construção social de sexualidade como sinônimo de sexo (SAITO, 2014).

A vivência de uma sexualidade saudável do jovem depende de vários fatores, entre eles, o diálogo nos diversos espaços que o jovem ocupa como forma de reduzir sua vulnerabilidade. Falta de diálogo, de informação, de conhecimento, tornam jovens vulneráveis

inclusive às infecções sexualmente transmissíveis, muitas vezes adquiridas no seu primeiro intercuro sexual precoce e inseguro (DIAS et al., 2010).

A vulnerabilidade é um termo recorrente quando se discute a saúde do jovem e significa, o indivíduo fragilizado (JANCZURA, 2012). Entretanto, para avaliar a questão da vulnerabilidade do indivíduo, é preciso estudá-lo em sua pluralidade, considerando ainda o conjunto de aspectos coletivos e individuais, bem como o contexto em que vivem, pois, o resultado de uma pessoa vulnerável ou não depende da relação destes fatores (AYRES et al., 2003). Desta forma, as transformações biopsicossociais, a vontade de experimentar coisas novas mesmo se precisar correr riscos são atributos da população jovem e devido a isso, esta é considerada uma população vulnerável quando se trata das IST (TOLEDO; TAKAHASHI; GUANILO, 2011).

A Teoria dos Roteiros Sexuais desenvolvida por John Gagnon em parceria com William Simon, entre as décadas de 60 e 70, também auxilia essa discussão sobre a sexualidade. Gagnon foi pioneiro na abordagem puramente sociológica da sexualidade, após a Segunda Guerra Mundial, quando se desenrolava o que os historiadores chamaram de Revolução Sexual (GAGNON, 2006).

Esta revolução foi marcada por mudanças no comportamento sexual que desencadearam umas às outras. Assim, a maior precocidade na idade em que ocorria o primeiro intercuro sexual adiou o casamento e sua relação monogâmica para mais tarde. Homens e mulheres ganhavam então mais experiência sexual com essas parcerias antes de assumir uma monogamia duradoura. Paralelamente, houve um aumento dos divórcios propiciando também mais atividades sexuais não- monogâmicas. Nesse período houve mudanças culturais profundas refletidas em atitudes públicas frente à vivência da sexualidade como a maior consciência da sexualidade e do papel social da mulher, surgimento de identidades sociais pelas preferências sexuais, novos métodos contraceptivos, advento da inseminação artificial e as novas configurações familiares (GAGNON, 2006).

Bozon (2004) também defende a ideia de que o desejo sexual sofre influências sociais e que depende das produções sociais constituindo roteiros que constituem, codificam e produzem as experiências sexuais. A Teoria da Roteirização Sexual introduziu a concepção do comportamento sexual como processo aprendido, possibilitado por se inserir em contextos sociais complexos. Afirma que o comportamento sexual é influenciado por contextos culturais e históricos e não pela natureza instintiva, fisiológica ou biológica como costumava-se pensar (GAGNON, 2006).

Galli (2013) sinaliza que a simples presença de elementos sexuais não configura uma situação sexual. É preciso que pelo menos um dos indivíduos envolvidos organize seu comportamento para tal. A exemplo disso, ele cita o exame ginecológico que por mais que tenha elementos sexuais durante a manipulação da genitália da mulher pelo profissional de saúde, não gera por si só um teor sexual, a não ser que tenha algum significado social.

Segundo Gagnon (2006) há cinco grandes concepções que auxiliam no conceito da roteirização sexual: a conduta sexual sofre influência da história e cultura; o significado na conduta sexual não se resume à atividade corporal; a ciência da sexualidade é histórica e cultural; a sexualidade é organizada social e culturalmente; gênero e sexualidade são diferentes condutas aprendidas nas diferentes culturas. Arent (2011) considera os roteiros sexuais como estruturante no imaginário sexual coletivo pois abarcam elementos simbólicos e não- verbais, condutas organizadas e temporais, permitindo aos indivíduos analisarem seu comportamento atual e futuro.

Analisando ainda o processo histórico, é importante sinalizar que dois conceitos foram sendo construídos e retificados, paralelamente, ao longo do tempo, e constituem pilares essenciais na discussão da saúde sexual do homem: gênero e masculinidades. O primeiro conceito, inicialmente, abarcava tudo que estava relacionado ao sexo feminino, sendo muitas vezes usados como sinônimos. Contudo, foi sendo apreendido que essa construção também deveria incluir o sexo masculino uma vez que este grupo tinha papel fundamental nas relações de gênero. Logo, o uso desse termo como aspecto relacional e de poder, baseado no entendimento do papel social de homens e mulheres, se deu apenas na década de 1980, por Joan Scott e a partir de então, viabilizou e embasou muitas discussões sobre as masculinidades (FIGUEIREDO, 2008).

Segundo Gomes (2010), o gênero trata da diferenciação de características entre os sexos determinada pelas sociedades. Deste modo, homens pensam, agem e sentem de uma forma e mulheres de outra. A masculinidade é um termo que se refere às práticas sociais adotadas pelos homens, determinadas pela perspectiva das relações de gênero. Como essas práticas podem se dar de diversas maneiras, influenciadas por fatores como raça, religião, classe social entre outros, convém perceber que podem existir também diversas masculinidades (CONNELL, 2013).

Connell (2013) reforça ainda que apesar de existirem várias masculinidades, há uma denominada masculinidade hegemônica, culturalmente idealizada e marcada, principalmente pela sociedade patriarcal, pela relação de dominação do homem sobre a mulher, pela agressividade, competição, virilidade, ambição, austeridade, invulnerabilidade, dentre outros.

A partir dessas considerações será feita a análise das práticas de prevenção adotadas pelos jovens universitários do sexo masculino. Entendendo que os diversos fatores sociais aliados às questões intrínsecas desses sujeitos é que geram comportamentos sexuais de risco ou não.

1.2 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

1.2.1 Conceito e epidemiologia

As IST, como o nome sugere, são as infecções transmitidas através do sexo. Apesar de existir outras maneiras de transmiti-las, na perspectiva epidemiológica é importante devido à facilidade e rapidez de disseminação e dificuldade na interrupção da cadeia de transmissão.

As demais formas de transmissão, a saber: via sanguínea, transplacentária e através da amamentação também são temas de relevância, mas não serão priorizadas neste estudo.

A terminologia IST veio substituir a denominação utilizada anteriormente: as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O intuito é de se alinhar ao que já vem sendo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela sociedade científica de alguns países mas principalmente de alertar a população que basta ter uma infecção para transmiti-la e causar danos biológicos a si próprio mesmo que esteja assintomática, ou seja, não precisa estar doente (BRASIL, 2016b).

As IST possuem etiologias e apresentações clínicas diversas e podem ser causadas por mais de 30 agentes diferentes dentre vírus, bactérias, fungos e protozoários. As apresentações clínicas, por sua vez, podem ser úlceras genitais, corrimento vaginal e uretral, verruga e doença inflamatória pélvica (DIP) (BRASIL, 2016b).

Quadro 4 – Manifestações clínicas e agentes etiológicos das principais IST

Manifestação Clínica	Agente Etiológico	Infecção
Úlcera Anogenital	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
	<i>Herpes simplex vírus</i>	Herpes Genital
	<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Corrimento uretral/ vaginal	<i>Candida spp.</i>	Candidíase vulvovaginal
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por Clamídia
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
DIP	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Bactérias facultativas anaeróbias Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado

Fonte: BRASIL, 2016b.

As IST estão presentes no mundo todo e constitui um grave problema de saúde pública. São elas: gonorreia, clamídia, vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, sífilis, Papiloma Vírus Humano (HPV), etc. A estimativa é que anualmente 500 milhões de pessoas adquiram uma IST curável, 530 milhões estejam com herpes genital e 290 milhões de mulheres estejam com HPV, vírus responsável por grande parte do câncer de colo de útero nessa população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Dentre as infecções sintomáticas, destacam-se os corrimentos uretrais e vaginais, as úlceras genitais, as verrugas anogenitais e a DIP que causam complicações mais graves em mulheres (BRASIL, 2016b; CARVALHO et al., 2015).

Fator importante também observado é o aumento de casos de gonorreia resistentes à antibioticoterapia. Sabe-se que a presença de algumas dessas IST facilita a transmissão do HIV e que a incidência e prevalência de algumas delas causam complicações mais graves em mulheres (BRASIL, 2016b).

Miranda et al. (2013) realizaram um estudo com jovens do sexo masculino, conscritos ao Exército Brasileiro e pertencentes à faixa etária de 17 a 20 anos de idade, que evidenciou uma porcentagem de 12,9 desses jovens apresentando relato de histórico de IST.

A vigilância epidemiológica utiliza-se de muitos instrumentos para estudar e analisar o comportamento de doenças transmissíveis e a notificação compulsória da suspeita ou confirmação de algumas enfermidades é a principal estratégia utilizada. Ela favorece resposta rápida ao agravo e permite fazer estimativas e construir indicadores, importantes na prevenção de novos casos (BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, as IST incluídas na listagem nacional de doenças de notificação compulsória são: infecção pelo HIV, infecção pelo HIV durante a gestação, parto e puerpério e do recém-nato, sífilis congênita e adquirida, sífilis na gestação e as hepatites virais. As outras enfermidades podem ser incluídas se for de interesse epidemiológico dos estados e municípios (BRASIL, 2016c).

No Boletim Epidemiológico observou-se o incremento do número de casos de Hepatite C e também dos óbitos relacionados à essa enfermidade quando comparado às demais hepatites. No mundo, mais de 1,4 milhões de óbitos se deve à Hepatite C, configurando um quadro epidêmico que se repete no Brasil em todas as suas regiões. O período de 1999 a 2016 mostrou que a região sudeste é a que concentra mais casos das Hepatites B e C, que são também infecções sexualmente transmissíveis, com 35,4% e 62,2%, respectivamente (BRASIL, 2017a).

Em relação à Hepatite B, doença que possui imunobiológico como proteção específica disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se que do total de casos no mesmo período citado, 54,2% ocorreram em homens. Houve uma queda no número de casos a partir de 2015, na faixa etária de 20 a 29 anos, provavelmente pela disponibilização da vacina (BRASIL, 2017a).

Esse público jovem tem um histórico de intensificação do calendário vacinal desde a infância. Na minha vivência como enfermeira de unidade básica em supervisão de sala de

vacina tenho observado um número cada vez maior de jovens que procuram atualizar sua caderneta de vacina em decorrência da obrigatoriedade imposta pelas empresas empregadoras quando estão à procura do primeiro emprego.

Em se tratando dos dados referentes à infecção pelo HIV, o Boletim Epidemiológico mostra que no período de 2007 a junho de 2016, foram notificados mais de 130 mil casos no Brasil, sendo 52,1% destes ocorridos na região Sudeste. A comparação entre os sexos evidenciou o dobro de casos de infecção pelo HIV no sexo masculino e a faixa etária de maior incidência foi a de 20 a 34 anos com 52,3%. O tipo de orientação sexual também foi avaliado e mostrou que, entre os homens, no ano de 2015, 50,4% dos casos foram por exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9% bissexual (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016a). A análise do ano de 2015 mostrou ainda que na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, ou seja, nos jovens do sexo masculino, a razão de casos em homens foi de 30 casos em homens para 10 em mulheres, o triplo do número de homens atingidos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016a).

Concluindo o breve estudo da epidemiologia das IST de notificação compulsória, observa-se que a sífilis também é motivo de grande preocupação para saúde pública. O Boletim Epidemiológico de sífilis evidência aumento do número de casos no período de 2010 a junho de 2016 da sua forma adquirida, sendo o Sudeste a região do país com maior percentual, 62,1%, superando a média nacional no ano de 2015. Neste mesmo ano, observou-se uma concentração maior dos casos de sífilis adquirida na faixa etária de 20 a 39 anos, boa parte do público jovem, com 55,6% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016b).

Em relação à sífilis na gestação, as notificações mostram um aumento quando analisada uma série histórica, 2005 a 2016. Da mesma maneira que na sífilis adquirida, o número de casos é maior na faixa etária de 20 a 29 anos com 51,6%, ou seja, mais uma vez o público jovem possui os piores índices. Outro dado relevante sob o ponto de vista da demora da interrupção da cadeia de transmissão e claro, sobre os danos causados ao feto, é o percentual nacional de 32,8% dos casos de sífilis gestacional serem diagnosticados apenas no terceiro trimestre. Em se tratando da taxa de detecção, em 2015, as regiões Sul e Sudeste superaram o valor nacional com 15,1, 12,6 e 11,2, respectivamente (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016b).

1.2.2 IST na Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS) possui caráter de protagonismo no atendimento integral às pessoas com IST quando comparado aos demais níveis de atenção. Trata-se da porta de entrada do usuário dessa imensa rede de assistência do SUS (BRASIL, 2012a).

A atenção primária é quem recebe as demandas espontâneas: atendimentos não programados, buscados pelo usuário sem agendamento prévio (BRASIL, 2011). Ela acolhe, faz escuta ativa, aconselha, trata, notifica, acompanha, reabilita, ou seja, ela é resolutiva e capaz de absorver 80% dos problemas de saúde que chegam às unidades básicas do SUS. O restante é referenciado à níveis de maior complexidade quando necessário (BRASIL, 2012a).

A estratégia de saúde da família (ESF) representa o primeiro contato preferencial do público com o sistema de saúde por estar mais próximo da residência e de todo contexto social do indivíduo. Apesar dessa estratégia aproximar a sociedade da saúde e suas ações preventivas e educativas, nem sempre todas as questões de saúde conseguem ser contempladas pelos profissionais.

Bellenzani, Santos e Paiva (2012), observaram em estudo com agentes comunitários de saúde que as necessidades da saúde sexual dos jovens eram reconhecidas, porém não priorizadas em decorrência de outras demandas serem consideradas de maior importância como aquelas incluídas em programas do governo.

Essa questão é preocupante pois, no contexto das IST, o diagnóstico e tratamento precoces interrompem a cadeia de transmissão, reduzem o número de novas infecções bem como complicações e sequelas como aborto, infertilidade, resistência antimicrobiana, transmissão vertical entre outros (BRASIL, 2016b).

Bellenzani, Santos e Paiva (2012) destacaram ainda a diferença de acesso às ações de saúde quando comparado moças e rapazes. Observaram que o homem tem maior dificuldade de chegar ao serviço e quando chegam não possuem um protocolo consolidado de atendimento com fluxos bem estabelecidos como ocorre com o universo feminino. O que se nota é uma avaliação clínica masculina como prática pouco utilizada pelo profissional da ESF havendo um grande número ainda de referência à especialistas como os urologistas.

Em relação à avaliação clínica na suspeita de IST, o papel da APS vai além do diagnóstico e tratamento precoce. O profissional precisa estar sensibilizado quanto ao impacto que tal diagnóstico pode causar ao indivíduo (MORRIS et al., 2014; THEUNISSEN et al., 2015).

Apesar da discussão ter se ampliado sobre o tema, principalmente por causa dos avanços alcançados em torno do HIV, ainda hoje preconceito, discriminação, sentimento de culpa, raiva, medo, vergonha e tantas outras sensações, permeiam o diagnóstico de uma IST (MORRIS et al., 2014; THEUNISSEN et al., 2015).

Assim sendo, historicamente, o homem jovem que pouco procura o serviço de saúde, principalmente por questões de saúde sexual, precisa vivenciar um atendimento cuja escuta ativa seja qualificada, sem nenhuma linguagem mesmo que corporal que lembre qualquer atitude pejorativa ou de julgamento. Este é um grupo considerado vulnerável às IST devido à adoção de comportamentos de risco: precocidade do início das atividades sexuais, uso irregular do preservativo, múltiplas parcerias sexuais e o uso de drogas (DÍAZ CÁRDENAS; ARRIETA-VERGARA; GÓMEZ-CAMARGO et al., 2014; GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, 2014; REIS et al., 2012; ZHANG et al., 2013).

Neste sentido, não se pode medir esforços em busca da aproximação dos jovens com a saúde, tornando-os protagonistas do seu cuidar, seja no interior das unidades básicas ou nos demais espaços que eles ocupam: domicílio, escolas, igrejas, faculdades, clubes etc.

1.3 Saúde do Homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A saúde do homem vem despertando interesse de pesquisadores, gestores e profissionais de maneira crescente devido a importantes problemas de saúde pública envolvendo essa população e sua grande expressividade nos índices de mortalidade.

Segundo o IBGE, o último censo demográfico realizado no ano de 2010 mostrou que a população nacional masculina contabilizou 49% de 190 milhões sendo 27,5% de homens jovens, 15 a 29 anos, população de interesse deste estudo e no município do Rio de Janeiro, esta proporção é de 25,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) mostrou que a taxa de mortalidade geral padronizada foi 1,6 maior para os homens em comparação com as mulheres, ou seja, os homens estão morrendo mais que as mulheres (BRASIL, 2015). Gomes (2011), cita em seu estudo a revisão de Mckinlay que relaciona cinco hipóteses para as diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres: questões biológicas e genéticas; diferenças sociais e étnicas; relação entre condutas e expectativas sociais distintas; busca e uso dos

serviços de saúde; cuidados dos profissionais à saúde do homem. Dentre as principais causas de óbito da população masculina estão: causas externas com 35%, doenças cardiovasculares com 18% e neoplasias com 12%, segundo levantamento no ano de 2010 (BRASIL, 2012b).

Dados publicados pelo Saúde Brasil (2015), que se utiliza da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) para avaliação das causas de óbito no país, evidenciaram um aumento, em 2012, do número de mortes entre pessoas jovens em todas as regiões do país e dentre esses dados, apontou-se ainda, a redução na expectativa de vida de homens jovens por mortalidade devido a causas externas.

A observância desses dados incentivou um conjunto de iniciativas que, desde 2003, no Brasil e no mundo ficaram conhecidas como novembro azul, movimento que teve início na Austrália (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). Apesar desse mês ter sido elegido como simbólico para concentrações das ações de saúde destinadas ao público masculino, a proposta é que estas ações tenham caráter permanente e integral ao longo de todo ano. Abordagens como acesso aos serviços de saúde, acolhimento, prevenção das causas externas, saúde sexual e reprodutiva, paternidade responsável, promoção da saúde dentre outras são o foco dessas ações (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Desta maneira, com o intuito de consolidar essas ações e promover um cuidado sistematizado e integral, com princípios e diretrizes baseados em evidências, o Ministério da Saúde, em 2009, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A PNAISH vem como resposta às demandas de saúde dos homens, jovens e adultos pertencentes à faixa etária de 20 a 59 anos, que têm acessado o sistema através da atenção secundária, terciária e quaternária em detrimento da atenção básica (BRASIL, 2009b).

A razão para esta situação é multifatorial e perpassa por questões que vão além do biológico, mas social e cultural. Homens, segundo a histórica construção da sociedade, são provedores, invulneráveis, saudáveis, fortes. Portanto, comportam-se como se não precisassem de assistência ou qualquer tipo de atendimento ou ação em saúde (BRASIL, 2009b).

O resultado desse panorama é a busca pela especialidade como primeiro contato de uma população masculina com comorbidades e suas complicações, doenças crônicas em estágio avançado com prognóstico menos favorável e tratamento mais agressivo (BRASIL, 2009b). A PNAISH tem, portanto, papel fundamental na qualificação das ações voltadas à saúde do homem sempre em consonância com os princípios já descritos no SUS:

integralidade, equidade, universalidade, intersetorialidade e humanização (SCHWARZ, 2012).

Dentre as estratégias mais completas para a prevenção de aquisição das IST está o acompanhamento de saúde do homem de maneira regular. Entretanto, devido ao contexto sociocultural, histórico e às questões de gênero, os espaços assistenciais de saúde sofrem um esvaziamento masculino. Gomes, R. et al. (2011) apontam alguns fatores que podem explicar essa situação como a presença maciça feminina entre os profissionais de saúde inibindo a abordagem de certos assuntos pelos homens que buscam os serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados à sexualidade. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) também apontam a percepção masculina de que as unidades de saúde foram feitas para mulheres e crianças. Gomes, R. et al. (2011), observaram em seu estudo que profissionais de saúde compartilham dessa mesma percepção masculina e que esta visão precisa ser reconstruída para que os profissionais também percebam a unidade de saúde como um espaço masculino.

Estudos revelam que a autopercepção dos homens sobre suas necessidades de saúde dificulta sua busca pelo atendimento de saúde, principalmente sendo isto considerado tarefa feminina. Necessitar de cuidados não condiz e até desmerece a característica masculina de assistir e prover (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Em meio à essa discussão sobre os entraves e as necessidades masculinas de saúde, muitas iniciativas vêm sendo realizadas em prol do bem-estar desse público. Destaca-se aqui o serviço implantado na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPC-UERJ), a Assistência à Saúde do Homem, composta por equipe multidisciplinar que atende homens a partir dos 25 anos de idade. Este projeto tem o intuito de orientar e atender os homens em suas demandas e principalmente ser resolutivo nas principais questões de saúde do homem como a saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção do câncer de próstata e de pênis, avaliação da função erétil, fertilidade e outros distúrbios sexuais. (POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO, 2011).

O homem é assistido inicialmente por consulta com enfermeira e, posteriormente, com médico. Devido à sua localização na PPC - UERJ que possui centro cirúrgico, a clínica viabiliza cirurgias como biópsia de próstata e vasectomia (POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO, 2011). Desta forma, serviços como este vêm quebrando tabus, incentivando os homens a cuidarem de si e aos poucos preenchendo os espaços que também são deles.

No que tange à saúde do homem jovem, o MS, baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, propôs as Diretrizes Nacionais para a

Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Essa estratégia tem por objetivo direcionar e sensibilizar gestores, promovendo ações interfederativas e intersetoriais que contribuam para a diminuição da vulnerabilidade dessa população e promoção do desenvolvimento saudável (BRASIL, 2010).

1.4 Práticas de prevenção

1.4.1 Conceitos e prevenção combinada

Prevenção é o ato ou efeito de prevenir, precaução (DICIONÁRIO AURÉLIO online, 2017). Para Rouquayrol e Goldbaum (2003), na saúde pública, prevenção é a ação antecipada que objetiva interromper ou anular a evolução de uma doença.

A discussão sobre as práticas de prevenção utilizadas pelos jovens não poderia ocorrer sem abordar o conceito e significado de prevenção para saúde e quando se discute IST, observa-se que o suscetível é abordado nas ações de promoção da saúde e proteção específica, sendo este o mais comum na atenção primária à saúde e mais importante do ponto de vista clínico.

O portador de infecção pode tê-la de forma sintomática permitindo o diagnóstico e tratamento ou assintomática, perpetuando a cadeia de transmissão e levando a complicações e agravos incluindo aí a reabilitação quando descoberto tardiamente.

O controle das IST trata-se, portanto, de um problema de saúde pública devido a essa complexidade em sua abordagem. Entendendo que a assistência ao indivíduo deve ocorrer de maneira integral, o MS, em 2016, trouxe estratégias para este enfrentamento através de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas.

Este instrumento, orientador das tomadas de decisão dos profissionais de saúde, tenta evitar as perdas de oportunidade, erros e diagnóstico tardio e promover atendimento individualizado, baseado em evidências. Objetiva a redução da incidência e complicações dessas infecções, situações muito comuns em diversas unidades básicas de saúde sendo fundamental na luta contra as IST.

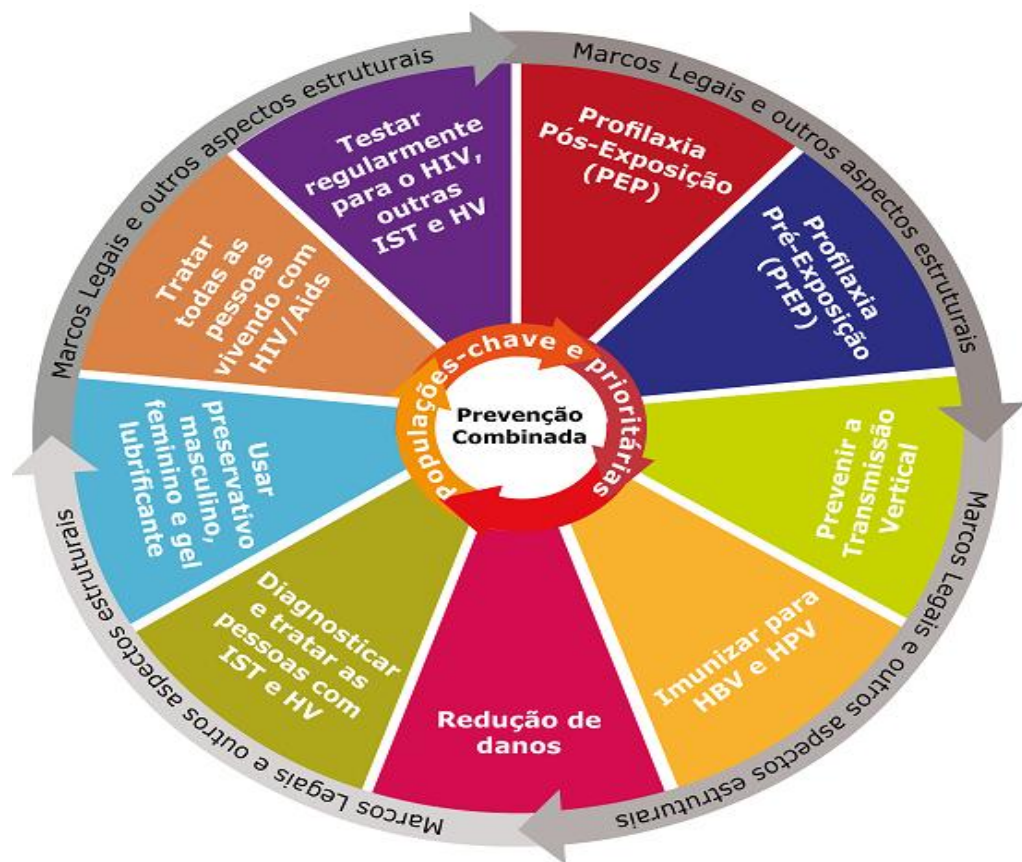
Nasser et al. (2017) ao avaliarem o desempenho de unidades básicas na cidade de São Paulo quanto às atividades em saúde sexual e reprodutiva, ratificam essa preocupação do MS,

ao encontrarem algumas fragilidades. Constataram que existe uma disponibilidade restrita do preservativo feminino e da anticoncepção de emergência, que a mulher é o principal público-alvo nas ações de educação em saúde quando comparado aos adultos e adolescentes, o manejo das IST após confirmação diagnóstica em detrimento à abordagem sindrômica (NASSER et al., 2017).

Em resposta a essas situações, o MS criou uma estratégia fundamentada na conjugação de diferentes ações de prevenção do HIV. Esta abordagem é composta por intervenções simultâneas biomédicas, comportamentais e estruturais denominadas prevenção combinada do HIV e estão representadas na figura 1 (BRASIL, 2017b).

Apesar desta estratégia ter sido constituída para prevenção do HIV, alvo também desta investigação, este estudo entende que ela é importante e cabe, em sua maior parte, como ações de prevenção para as demais IST. Por este motivo, apresentamos e discutimos a mandala de prevenção combinada.

Figura 1 – Mandala de prevenção combinada do HIV



Fonte: BRASIL, 2017b.

As ações de prevenção são distribuídas em três áreas de estratégia: prevenção individual e coletiva; oferta de diagnóstico e tratamento para IST assintomáticas (com laboratório); e manejo de IST sintomáticas com uso de fluxogramas (com e sem laboratório). Paralelamente, deve ocorrer também o fortalecimento das intervenções para melhoria da adesão ao tratamento do sujeito e parcerias sexuais e bem como das notificações dessas infecções (BRASIL, 2016a, 2017b).

As ações de cunho biomédico são aquelas que visam a redução do risco de exposição, seja pela barreira física com a distribuição do preservativo ou pela avaliação do tratamento antirretroviral (TARV) como profilaxia na pré (PrEP) ou pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2017b).

As intervenções comportamentais estão voltadas para o incremento da informação e consequente percepção do risco pelo próprio indivíduo para mudança no comportamento. As estratégias incluem aconselhamento, captação oportuna e manutenção do indivíduo na unidade de saúde, redução de danos quando há outras comorbidades, incentivo à testagem e às ações biomédicas entre outras (BRASIL, 2017b).

As intervenções socioestruturais são aquelas direcionadas aos fatores e condições socioculturais que atingem diretamente os indivíduos ou grupos vulneráveis, na tentativa de minimizar atitudes de racismo, homofobia, sexismo, preconceitos em geral. A defesa dos direitos humanos e as campanhas educativas e de conscientização são as bases dessas intervenções (BRASIL, 2017b).

Resumidamente, as ações de prevenção combinada podem ser: testagem para HIV, PrEP e PEP, uso do preservativo, diagnóstico precoce e tratamento adequado das IST, redução de danos, tratamento antirretroviral, imunização e prevenção da transmissão vertical.

Apesar da busca por estratégias de promoção da saúde dos jovens que visem a redução de comportamentos sexuais de risco, observamos que este instrumento tão simbólico e amplamente divulgado, representado pela mandala da prevenção combinada, não aborda outras questões senão aquelas de cunho biomédico. Discutir métodos de prevenção em diversos níveis a fim de interromper uma cadeia de transmissão é necessário, porém, em se tratando do público jovem masculino, não é suficiente.

Há muito para avançar e discutir em relação às questões que levam os jovens a adquirirem comportamentos de risco frente às IST. É preciso fortalecer as intervenções socioestruturais sob a perspectiva da promoção da saúde para entendermos e atingirmos os nós da saúde sexual e reprodutiva desses jovens.

1.4.2 Componentes da prevenção combinada

O preservativo é o método central na abordagem da prevenção combinada do HIV e de outras IST por sua eficácia e custo benefício, sendo responsável pela prevenção de 45 milhões de novos casos de HIV no período de 1980 a 2015 (STOVER, 2016).

Além dele prevenir a transmissão de doenças pelo sexo, o preservativo evita a gravidez não desejada. Devido aos diversos benefícios deste método, países orientados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), através da Declaração Política sobre HIV e Aids em 2016, se comprometeram em aumentar a disponibilidade dos preservativos para 20 bilhões até 2020.

Além desse incremento nos programas de distribuição de preservativos, fazem parte das metas: a maneira de distribuição desses insumos, disponibilizando camisinha feminina da mesma forma e intensidade que a masculina, em embalagens de prevenção combinada, com adição do gel lubrificante; fortalecimento das ações educativas e acesso à saúde bem como o envolvimento da comunidade nessas ações (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2016).

O preservativo feminino vem sendo analisado por estudos e também tem apresentado bons e significativos resultados, aumentando a proporção de incursões sexuais seguras. Entretanto, precisa ter seu uso melhor promovido como opção adicional ao preservativo masculino e não apenas como substituto deste (UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, 2015).

A promoção do uso dos preservativos masculino e feminino em espaços como no planejamento familiar, aconselhamento pré e pós testagem rápida, no tratamento de alguma IST, na prevenção da transmissão vertical durante o pré-natal, são estratégias que podem ajudar a incrementar a demanda pelo uso do *condom* feminino (UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, 2015). Essa discussão é muito importante para o público jovem, uma das populações alvo das ações contra a epidemia do HIV. Os jovens acham que têm baixo risco de contrair uma infecção, tem baixa adesão ao uso do preservativo e uma testagem insuficiente para HIV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2017). Essa condição é refletida então em percentuais alarmantes: apenas 36% de homens jovens possuem conhecimento abrangente e adequado sobre a prevenção do HIV no período de 2011 a 2016; em 2016 também 35% das 4.500 novas infecções ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2016).

Em relação à PrEP, é uma estratégia que consiste na utilização de medicamentos anti-retrovirais antes que ocorra a exposição ao vírus na tentativa de reduzir o risco de aquisição da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017b). A PrEP é de uso criterioso e já foi testada em estudos se mostrando eficaz na redução do risco de infecção pelo vírus. A utilização da PrEP entre indivíduos heterossexuais obteve uma redução geral de 62% enquanto que entre casais sorodiscordantes heterossexuais essa redução chega a 75% (BAETEN et al., 2012).

Algumas populações sob maior risco de contrair a infecção pelo HIV, devido a situações de vulnerabilidades específicas, são alvos prioritários para o uso da PrEP. Dentre elas, estão os casais sorodiscordantes, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas, transexuais e gays (BRASIL, 2017b).

Longe de reforçar qualquer estigma ou preconceito, essas populações, além de enfrentarem questões socioculturais que influenciam diretamente em suas atitudes, comportamentos e modos de vida, também podem apresentar indicativos, assim como qualquer outro indivíduo não pertencente à população de risco, que podem aumentar o risco de contrair uma IST, a saber: frequência de intercursos sexuais com penetração e sem preservativo, frequência de sexo com parceiros eventuais, quantidade e diversidade de parcerias sexuais, história prévia de IST, busca constante pela PEP, contexto de troca de sexo por dinheiro, moradia ou qualquer situação de vulnerabilidade da pessoa (BRASIL, 2017b).

A PEP, por sua vez, é o uso da medicação antirretroviral em situações em que houve exposição ao vírus na tentativa de reduzir o risco da efetivação da infecção pelo HIV (GRANGEIRO et al., 2015). Deve ser utilizada preferencialmente nas duas primeiras horas e até 72h após a exposição. Trata-se de uma urgência médica, que perdura por 28 dias e precisa de acompanhamento (GRANGEIRO et al., 2015).

Em busca da meta global de acabar com a epidemia da Aids, o Ministério da Saúde lançou um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para facilitar o acesso do indivíduo à PEP. O que antes era classificado por tipo de exposição (acidente ocupacional, violência sexual e sexual consentida) e referenciado ao especialista, hoje, o tratamento depende da avaliação do risco da exposição, a medicação é única e o profissional da atenção básica é resolutivo no sentido de que a simplificação do protocolo dispensa, inicialmente, o especialista (BRASIL, 2016d).

Neste contexto, a PEP também compõe as ações de prevenção combinada pois, quando adequadamente utilizada, pode prevenir novos casos de infecção pelo HIV. Há que se considerar ainda que o indivíduo que procura o serviço de saúde para PEP precisa ser acolhido, aconselhado, serão feitas as testagens rápidas disponibilizadas pelo SUS e todo

acompanhamento preconizado. A PEP virá acompanhada sempre de outras ações de prevenção para evitar que este indivíduo se exponha novamente. Cabe ressaltar, ainda, que as estratégias PEP e PrEP são ações específicas de prevenção contra a infecção pelo vírus HIV. Não contempla, portanto, as outras IST, sendo indispensável o uso do preservativo para proteção contra todas as infecções sexuais.

Entendendo que o indivíduo fica mais vulnerável à infecção pelo HIV quando é portador de alguma outra IST, o MS contempla em sua discussão a importância da vacinação contra a hepatite B e o HPV. As duas vacinas estão disponíveis no SUS. Desde 2016 a vacina contra a hepatite B foi universalizada para todas as idades e imuniza após as três doses recomendadas (0, 1, 6 meses). A vacina contra o HPV vem, desde 2013, sendo ofertada às meninas dos 9 aos 14 anos de idade, aos meninos, a partir de 2016, entre os 11 e 14 anos e aos indivíduos vivendo com HIV dos 9 aos 26 anos de idade a fim de minimizar o maior impacto que essas infecções têm sobre essas pessoas (BRASIL, 2017a).

O diagnóstico oportuno e tratamento imediato das demais IST, através da testagem rápida ou pelas manifestações clínicas, também são alvo do MS em busca da redução da transmissibilidade do HIV. Entretanto, tratar adequadamente essas infecções significa quebrar a cadeia de transmissão e reduzir possíveis complicações destas, independente do risco para o HIV (BRASIL, 2017a).

Em relação à preocupação do MS em tratar adequadamente todas as pessoas com HIV está o objetivo de lhes garantir melhor qualidade de vida e diminuir a transmissão do vírus uma vez que cargas virais baixas ou indetectáveis reduzem o risco de transmissão na comunidade em até 96% (BRASIL, 2017a).

Para o alcance da meta de tratamento de todos os indivíduos infectados pelo HIV, é necessário, entretanto, ampliar o acesso à testagem desse vírus e das demais IST para que a pessoa conheça seu estado sorológico e inicie tratamento. Por este motivo, o MS estimula a testagem regular para o HIV e outras IST. O objetivo é diagnosticar precocemente e tratar imediatamente, slogan de uma de suas campanhas: teste e trate (BRASIL, 2017a).

A redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis também foi alvo de estratégias do MS. O HIV geralmente é transmitido durante a gestação (35%) e no periparto (65%) além do risco de transmissão entre 7 e 22% a cada mamada (BRASIL, 2017a).

Esses dados do MS são importantes para fazer uma reflexão direcionada aos jovens cujas questões em pauta de discussão estão sempre as IST e a gravidez não planejada. Duplamente esses jovens ficam vulneráveis quando adotam comportamento de risco sendo

necessário intervenções consistentes de educação em saúde que levem em consideração a percepção desses jovens de maneira individualizada (BRASIL, 2017a).

Finalmente, a mandala encerra seu ciclo com a redução de danos, intervenção direcionada aos usuários que usam, abusam ou dependem do álcool, drogas, silicone industrial e hormônios. Objetiva fortalecer a educação em saúde sobre os malefícios dessas substâncias e no uso mais seguro no que diz respeito às infecções transmitidas pelo reuso de material perfurocortante (BRASIL, 2017a).

2 MATERIAL E MÉTODO

Esta investigação se trata de um recorte da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, coordenada pela professora doutora Thelma Spindola. Os dados da pesquisa matriz foram coletados e armazenados em um banco de dados. A pesquisadora responsável autorizou para que os mesmos pudessem ser tratados, analisados e discutidos nesta investigação.

2.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. O estudo descritivo se preocupa em descrever as características de uma população ou fenômeno, detalhando-as como são e se manifestam (SAMPIERE et al., 2013; SANTOS, 2016). Descreve as distribuições das variáveis em questão, sem se importar com casualidades ou outras hipóteses (LIMA, 2011).

Estudo com desenho transversal ocorre em um determinado momento (SAMPIERE et al., 2013). Analisa a relação entre variáveis de interesse do pesquisador e a relação delas na população em determinado momento (LIMA, 2011). Sua abordagem será quantitativa por permitir a quantificação dos dados e análise estatística dos mesmos (SAMPIERE et al., 2013).

2.2 Campo do estudo

A pesquisa matriz foi realizada nos principais campos de duas instituições de ensino superior, uma pública e uma privada, situadas no município do Rio de Janeiro. Ambas foram escolhidas por oferecerem grande variedade de cursos em diversas áreas de conhecimento e por permitirem a comparação entre as práticas sexuais e de prevenção para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de estudantes universitários.

A instituição pública (1) oferecia 32 cursos de graduação, dividindo-se em habilitações, licenciaturas e bacharelados, oferecidos em 30 unidades acadêmicas localizadas

no Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Friburgo, Resende e São Gonçalo. Conta ainda com 54 programas de pós-graduação *stricto sensu*, 48 cursos de mestrado acadêmico, 38 cursos de doutorado e 5 mestrados profissionais; e aproximadamente 100 cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização) em diversas áreas do conhecimento. Integra também o Centro de Educação Superior a Distância do Estado do Rio de Janeiro (Cederj) (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, [2017?]).

A instituição privada (2) possuía quatro *campi*, três localizados na cidade do Rio de Janeiro e um em Cabo Frio, onde são oferecidos 39 cursos de graduação presenciais, treze à distância, seis cursos *stricto sensu* entre mestrado e doutorado, 66 cursos de pós-graduação *lato sensu* presencial e à distância. Além disso, também fomenta cursos de pós-graduação e extensão internacional (UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA, [2017?]).

2.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa matriz foram jovens universitários, pertencentes à faixa etária de 18 a 29 anos, com matrícula ativa nas respectivas instituições de ensino abordados no *campus* das universidades. Foram excluídos da investigação jovens menores de 18 anos devido à necessidade ética e legal do consentimento dos responsáveis para participação em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Para atender aos objetivos desta pesquisa foram selecionados do banco de dados apenas os participantes do sexo masculino.

2.4 População/Amostra

A população da pesquisa matriz é composta por 1536 respondentes, sendo 768 participantes da instituição de ensino superior 1 (IES1) e 768 da instituição 2 (IES2). Em ambas as instituições foram captadas amostras estratificadas uniformes por sexo, sendo 384 homens e 384 mulheres em cada uma delas.

Para compor o conjunto amostral e atender aos objetivos deste estudo foram selecionados no banco de dados os participantes do sexo masculino das duas instituições (IES1 e IES2) totalizando 768 jovens.

2.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa matriz foi um questionário (ANEXO A). Trata-se de um instrumento autoexplicativo com perguntas abertas (como a idade, disciplina cursada, método de prevenção de IST que conhece, dentre outras) e fechadas, contendo questões claras e objetivas para melhor entendimento dos participantes. Essas perguntas são divididas em blocos temáticos para maior fluidez no momento do preenchimento e facilidade na análise posterior do pesquisador.

Apesar de ser autoexplicativo, os participantes foram orientados previamente por pessoas treinadas a fim de se evitar vieses na pesquisa, recolher os dados de maneira plena, dirimir dúvidas e orientar sobre o preenchimento adequado do instrumento.

O questionário é um instrumento utilizado para ordenar e apresentar melhor as indagações do estudo, podendo estar na forma de perguntas abertas ou fechadas. Nesse caso, o informante é quem preenche as respostas, ficando mais à vontade para responder, após orientação e explanação do investigador (SANTOS, 2016).

O questionário aplicado na pesquisa matriz foi estruturado com 60 questões, 56 fechadas e 4 abertas que abrangem quatro blocos temáticos: identificação e dados sociodemográficos dos participantes, práticas sexuais, conhecimento acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis e práticas de prevenção direcionadas a homens e mulheres. Para a realização deste estudo foram selecionadas as questões com aderência aos objetivos desta pesquisa a saber: dados de caracterização contendo o curso de graduação e questões 2, 3, 5, 7, 8, 9, 16; dados referentes às práticas sexuais compostos pelas questões 13, 14, 17, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 54 ; dados referentes às práticas de prevenção compostos pelas questões 20, 35, 38, 39, 53, 55, 59, 60.

2.6 Coleta de dados

Os dados da pesquisa matriz foram coletados no segundo semestre de 2016 e no primeiro semestre de 2017. Essas informações foram armazenadas em planilha Excel em um banco de dados.

Os dados deste estudo foram coletados no primeiro semestre de 2018, ocasião em que foram selecionados no banco de dados da pesquisa matriz, com autorização da pesquisadora responsável, os respondentes do sexo masculino das duas instituições (IES1 e IES2) totalizando 768 universitários, considerando os objetivos propostos para esta pesquisa.

2.7 Análise de dados

Os dados foram analisados estatisticamente com ajuda de softwares. Inicialmente, os questionários foram digitados no programa Microsoft Excel 2003, formando um banco de dados. Posteriormente, esse banco foi transferido para o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), onde as variáveis escolhidas para este estudo foram cruzadas e analisadas conforme os objetivos desta investigação.

Ambos os programas permitiram realizar análises uni e bivariadas bem como a construção de tabelas e gráficos para melhor visualização e entendimento dos achados. Para a análise inferencial foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson que permite fazer associação entre variáveis.

2.8 Aspectos éticos da pesquisa

Em respeito aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, constante na Resolução nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), os jovens foram convidados a participar da pesquisa matriz voluntariamente após serem esclarecidos sobre o objetivo do estudo. Os que desejaram participar, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde puderam concordar, sem nenhum ônus, em fazer parte da

investigação, tendo assegurado direitos como sigilo e anonimato. Devido à utilização de dois campi, a pesquisa matriz utilizou TCLE distinto para cada instituição, considerando que os participantes da instituição 1 (ANEXO B) tinham uma orientação diferenciada dos participantes da instituição 2 (ANEXO C) caso tivessem dúvidas ou outros motivos que necessitassem de informações adicionais sobre o estudo. Além disso, a universidade privada possuía seu próprio TCLE, sendo orientado seu uso, como ocorre em instituições que dispõem de Comitê de Ética (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

A pesquisa matriz foi autorizada pelo Comitê de Ética em ambas as instituições com os protocolos 902543 (ANEXO D) e 1.577.311 (ANEXO E).

Tabela 1 – Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino segundo o curso de graduação e a instituição de ensino. Rio de Janeiro, 2018. n= 768 (conclusão)

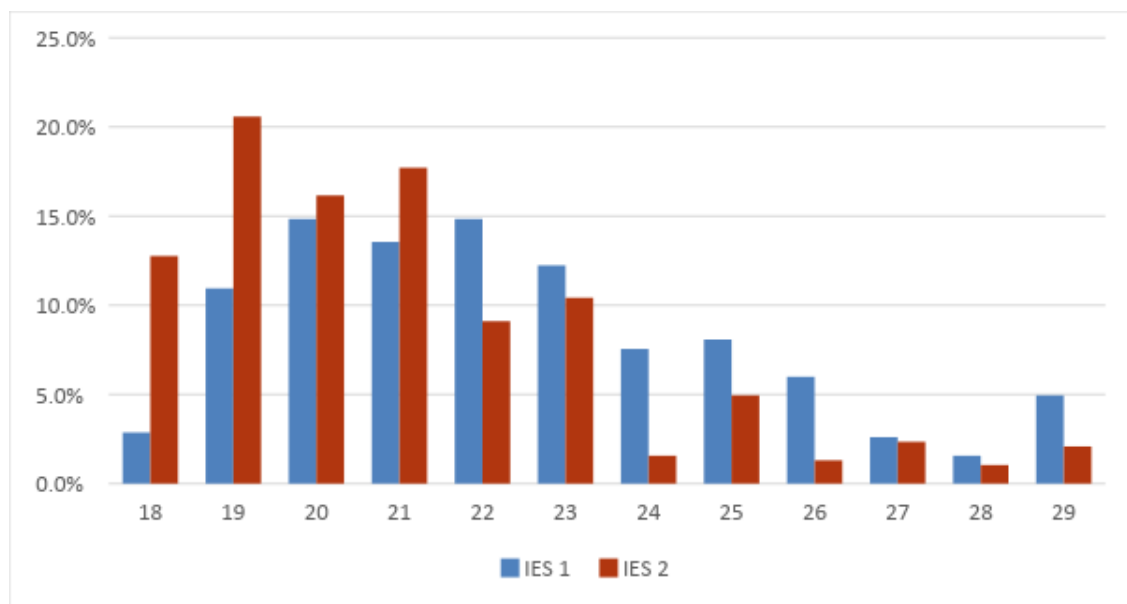
	Odontologia	-	-		3	5,77		3	0,03				
Exatas	Ciência Da Computação	7	3,48		42	20,79		49	0,12				
	Ciências Atuariais	3	1,49	201	52,34			3	0,01	202	52,60		
	Design Gráfico	-	-		13	6,44		13	0,03		403	52,47	
	Engenharia	137	68,16		147	72,77		284	0,70				
	Estatística	4	1,99		-	-		4	0,01				
	Física	37	18,41		-	-		37	0,09				
	Matemática	11	5,47		-	-		11	0,03				
	Química	2	1,00		-	-		2	0,00				
	Humanas	Administração	9	6,25		17	13,08		26	0,09			
Arqueologia		2	1,39		-	-		2	0,01				
Artes Visuais		5	3,47		-	-		5	0,02				
Ciências Contábeis		11	7,64		-	-		11	0,04				
Ciências Sociais		10	6,94		-	-		10	0,04				
Comunicação Social		1	0,69		9	6,92		10	0,04				
Contabilidade		-	-		4	3,08		4	0,01				
Design De Moda		-	-		5	3,85		5	0,02				
Direito		9	6,25		44	33,85		53	0,19				
Economia		15	10,42		-	-		15	0,05				
Filosofia		1	0,69		-	-		1	0,00				
Geografia		24	16,67		-	-		24	0,09				
Geologia		5	3,47	144	37,50			5	0,02	130	33,85	274	35,68
História		8	5,56		10	7,69		18	0,07				
História Da Arte		1	0,69		-	-		1	0,00				
Jornalismo		9	6,25		11	8,46		20	0,07				
Letras		10	6,94		1	0,77		11	0,04				
Pedagogia		4	2,78		2	1,54		6	0,02				
Psicologia		14	9,72		4	3,08		18	0,07				
Publicidade E Propaganda		-	-		14	10,77		14	0,05				
Relações Internacionais		1	0,69		4	3,08		5	0,02				
Relações Públicas		4	2,78		-	-		4	0,01				
Serviço Social		1	0,69		-	-		1	0,00				
Turismo		-	-		5	3,85		5	0,02				
Total	384		384	384		384		768		768			

Fonte: A autora, 2018.

Os jovens também foram distribuídos segundo a sua idade conforme o Gráfico 1 evidencia. Em ambas as instituições, observa-se um predomínio de jovens- jovens (18 a 24 anos) que juntos representam 76,82% na IES1 e 88,28% na IES2. Já os adultos jovens (25 a 29 anos) representam 23,18% e 11,72%, respectivamente.

Gráfico 1– Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino segundo sua idade.

Rio de Janeiro, 2018. n= 768



Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa relacionada aos dados sócio- demográficos. Os jovens das IES1 e IES2 são solteiros (59,63% e 64,32%); que não trabalham (55,47% e 62,76%); cor autodeclarada branca (42,71% e 59,11%) e são heterossexuais (86,46% e 88,28%). Os participantes se consideram religiosos (58,33% e 55,73%), sendo a religião católica (22,66% e 23,96%) ou evangélica (18,49% e 16,67%) as que apresentam maior representatividade.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos universitários do sexo masculino de duas instituições. Rio de Janeiro, 2018. n=768

Variável	IES 1		IES 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Estado Conjugal						
Solteiro/não possui namorado ou companheiro	229	59,63	247	64,32	476	61,98
Possui companheiro fixo, mas não vive com ele	140	36,46	129	33,60	269	35,03
Casado/ vive com companheiro/ união estável	15	3,91	7	1,82	22	2,86
Não informado	-	-	1	0,26	1	0,13
Situação Empregatícia						
Não trabalha	213	55,47	241	62,76	454	59,12
Trabalha com remuneração	158	41,15	128	33,33	286	37,24
Trabalha sem remuneração	9	2,34	12	3,13	21	2,73
Não informado	4	1,04	3	0,78	7	0,91
Cor autodeclarada						
Branca	164	42,71	227	59,11	391	50,91
Parda	118	30,73	93	24,22	211	27,47
Preta	80	20,83	43	11,20	123	16,02
Não soube responder	12	3,13	11	2,87	23	3,00
Amarela	6	1,56	5	1,30	11	1,43
Outra	3	0,78	4	1,04	7	0,91
Não informado	1	0,26	1	0,26	2	0,26
Orientação Sexual						
Heterossexual	332	86,46	339	88,28	671	87,37
Homossexual	33	8,59	26	6,77	59	7,68
Bissexual	15	3,91	12	3,13	27	3,52
Outro	3	0,78	5	1,30	8	1,04
Não informado	1	0,26	2	0,52	3	0,39
Considera-se religioso						
Sim	224	58,33	214	55,73	438	57,03
Não	158	41,15	167	43,49	325	42,32
Não informado	2	0,52	3	0,78	5	0,65
Religião						
Não se aplica	158	41,14	167	43,49	325	42,32
Católica	87	22,66	92	23,96	179	23,31
Evangélica	71	18,49	64	16,67	135	17,58
Espírita/ Kardecista/ Umbandista	31	8,07	32	8,33	63	8,20
Outra	18	4,69	10	2,60	28	3,64
Não segue nenhuma religião	13	3,39	16	4,17	29	3,78
Não informado	6	1,56	3	0,78	9	1,17
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

Tabela 3 – Uso do álcool e/ou drogas pelos universitários do sexo masculino de duas instituições. Rio de Janeiro, 2018. n=768

	IES1		IES2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Uso de bebida alcoólica						
Sim	249	64,84	263	68,49	512	66,67
Não	134	34,90	121	31,51	255	33,20
Não informado	1	0,26	-	-	1	0,13
Regularidade						
Esporadicamente	149	38,80	128	33,33	277	36,07
Não se aplica	134	34,90	121	31,51	255	33,20
Fins De Semana	93	24,22	117	30,47	210	27,34
Diário	6	1,56	17	4,43	23	3
Não informado	2	0,52	1	0,26	3	0,39
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 3 mostra que grande parte dos jovens faz uso de bebida alcoólica em ambas as instituições, 64,84% na IES1 e 68,49% na IES2. O uso é maior esporadicamente, conforme a tabela sinaliza.

3.2 Práticas sexuais

Neste tópico são apresentados dados referentes às práticas sexuais dos jovens universitários investigados. A tabela 4 apresenta dados do primeiro intercurso sexual.

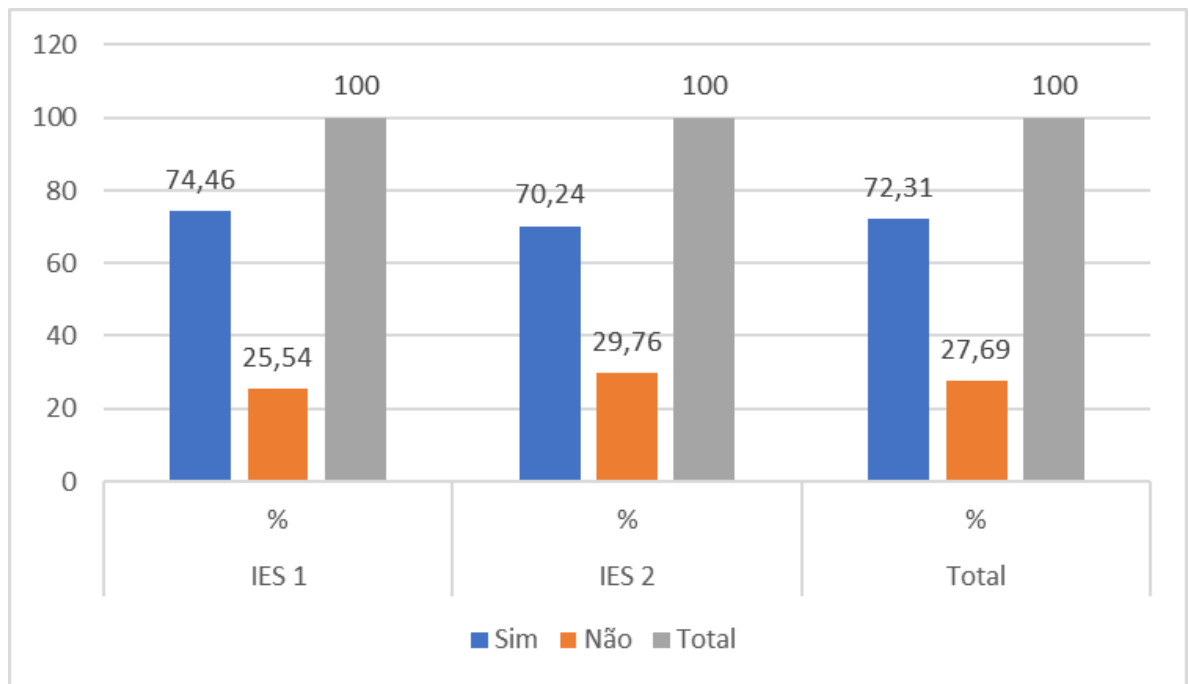
Tabela 4 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o primeiro intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=768

	IES 1		IES 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Teve primeiro intercurso sexual						
Sim	325	84,64	336	87,50	661	86,07
Não	59	15,36	48	12,50	107	13,93
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

É possível observar, na tabela 4, que a maioria dos jovens, nas duas instituições, já iniciou sua vida sexual (84,64% e 87,50%), respectivamente.

Gráfico 2 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo o uso do preservativo no primeiro intercuro sexual. Rio de Janeiro, 2018.
n=661



Fonte: A autora, 2018.

O Gráfico 2 demonstra que a maioria dos participantes usou preservativo em seu primeiro intercuro sexual (74,46% e 70,24%). Nota-se, contudo, que um quantitativo expressivo de jovens não fez uso desse recurso (25,54% e 29,76%).

Tabela 5 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo as práticas sexuais com parceiro fixo e o uso do preservativo, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n= 661

	IES 1		IES 2		Total	
	f	%	f	%	F	%
Atividade Sexual com Parceiro Fixo						
Sim	227	69,85	242	72,02	469	70,95
Não	58	17,85	63	18,75	121	18,31
Não informado	40	12,30	31	9,23	71	10,74
Uso do preservativo com parceiro fixo						
Sim	140	61,67	115	47,92	255	54,60
Não	87	38,33	125	52,08	212	45,40

Nota – Para apresentação dos resultados foram excluídos dados que não se aplicavam. Na variável Uso do preservativo dois participantes na IES2 não responderam essa questão.

Fonte: A autora, 2018.

É possível observar na tabela 5 que a maioria dos universitários (70,95%) teve relação sexual com parceiro fixo. Em relação ao uso do preservativo com esse parceiro, 61,67% da IES1 informaram usar. O quantitativo de jovens que não usa preservativo nesse tipo de relacionamento foi expressivo, sendo maior na IES2 (52,08%). Pode-se notar, também, que 54,60% dos jovens das duas instituições que possuem parceiro fixo usam preservativo nas relações sexuais.

Tabela 6 – Distribuição dos universitários de duas instituições segundo as práticas sexuais com parceiro casual e o uso do preservativo, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n=661

	IES 1		IES 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sexo com parceiro casual						
Sim	165	50,77	186	55,36	351	53,10
Não	120	36,92	120	35,71	240	36,31
Não informado	40	12,31	30	8,93	70	10,59
Uso do preservativo com parceiro casual						
Sim	136	84,47	127	69,40	263	76,45
Não	25	15,53	56	30,60	81	23,55

Nota – Para apresentação dos resultados foram consideradas apenas as respostas válidas, sendo excluídos dados que não se aplicavam. Na variável Uso do preservativo, cinco participantes na IES1 e três na IES2 não responderam esta questão.

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 6 mostra que mais da metade dos jovens sexualmente ativos teve relacionamentos com parceiros casuais nos últimos doze meses (50,77% e 55,36%), e fizeram uso do preservativo com esses parceiros, 84,47% e 69,40% respectivamente.

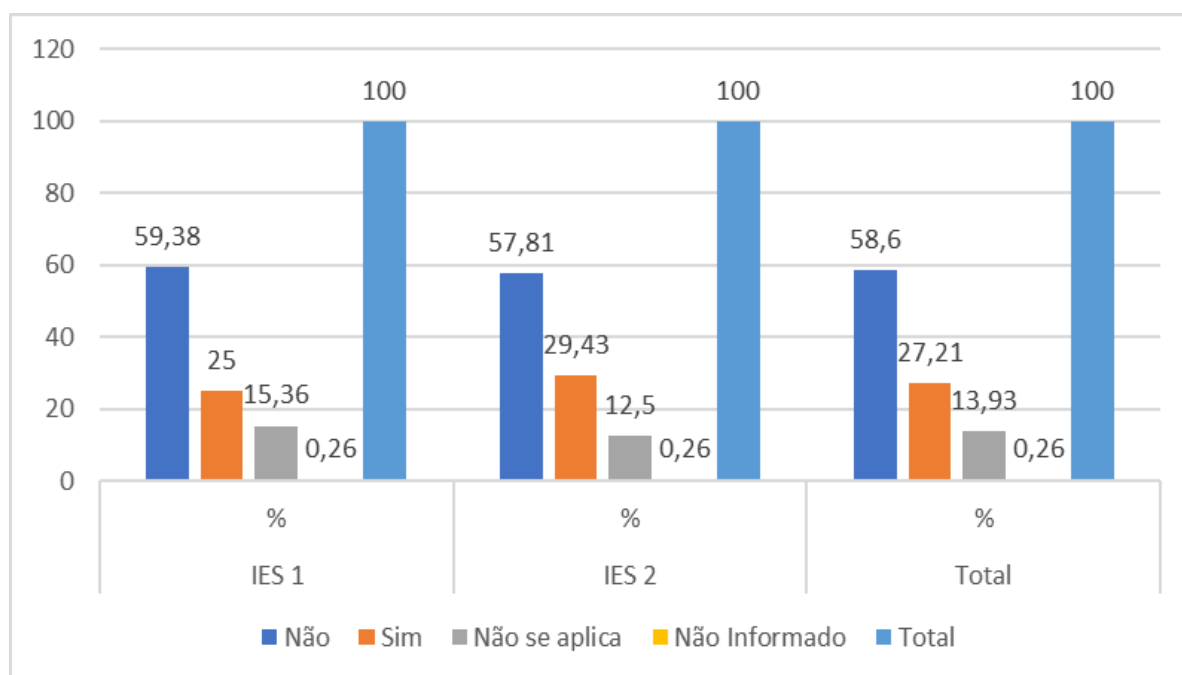
Tabela 7 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme as práticas sexuais com mais de cinco parcerias, nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018. n=768

	IES 1		IES 2		Total	
	F	%	f	%	f	%
Atividade sexual nos últimos 12 meses						
Sim	285	74,22	307	79,95	592	77,09
Não se aplica	59	15,36	48	12,5	107	13,93
Não	39	10,16	28	7,29	67	8,72
Não informado	1	0,26	1	0,26	2	0,26
Mais de cinco parcerias nos últimos 12 meses						
Não se aplica	217	56,51	198	51,56	415	54,04
Não	112	29,17	118	30,73	230	29,95
Sim	52	13,54	66	17,19	118	15,36
Não informado	3	0,78	2	0,52	5	0,65
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

Observa-se, na Tabela 7, que a maioria dos jovens (77,09%) teve atividade sexual nos últimos doze meses. Os participantes de ambas as instituições informaram que não tiveram mais de cinco parcerias sexuais nos últimos doze meses (29,17% e 30,73%).

Gráfico 3 – Uso do álcool e/ou drogas pelos universitários do sexo masculino de duas instituições antes do último intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=768



Fonte: A autora, 2018.

Quanto ao uso de álcool e/ou drogas antes da última relação sexual, a maioria dos participantes informou que não usou, 58,60%. Um número expressivo, em ambas as instituições, adota essa prática, 25% e 29,43%, respectivamente.

Tabela 8 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições segundo a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2018. n=661

	IES1		IES2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Adquiriu alguma IST						
Não	296	91,08	295	87,80	591	89,41
Sim	21	6,46	17	5,06	38	5,75
Não lembra	3	0,92	19	5,65	22	3,33
Não informado	5	1,54	5	1,49	10	1,51
Total	325	100	336	100	661	100

Nota– Nesta tabela foram excluídas as respostas que não se aplicavam a fim de evidenciar os jovens que já tiveram seu primeiro intercurso sexual, n=661.

Fonte: A autora, 2018.

Em relação à ocorrência de IST, a maioria dos jovens informou que não teve (89,41%). Entretanto, cabe salientar que dentre as IST declaradas pelos participantes (5,75%),

tem-se a candidíase (2), clamídia (3), gonorreia (5), papiloma vírus humano (HPV) (6), hepatite (1), sífilis (1) e herpes (2).

3.3 Práticas de prevenção

Neste tópico serão apresentadas as práticas de prevenção adotadas pelos jovens universitários do sexo masculino frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

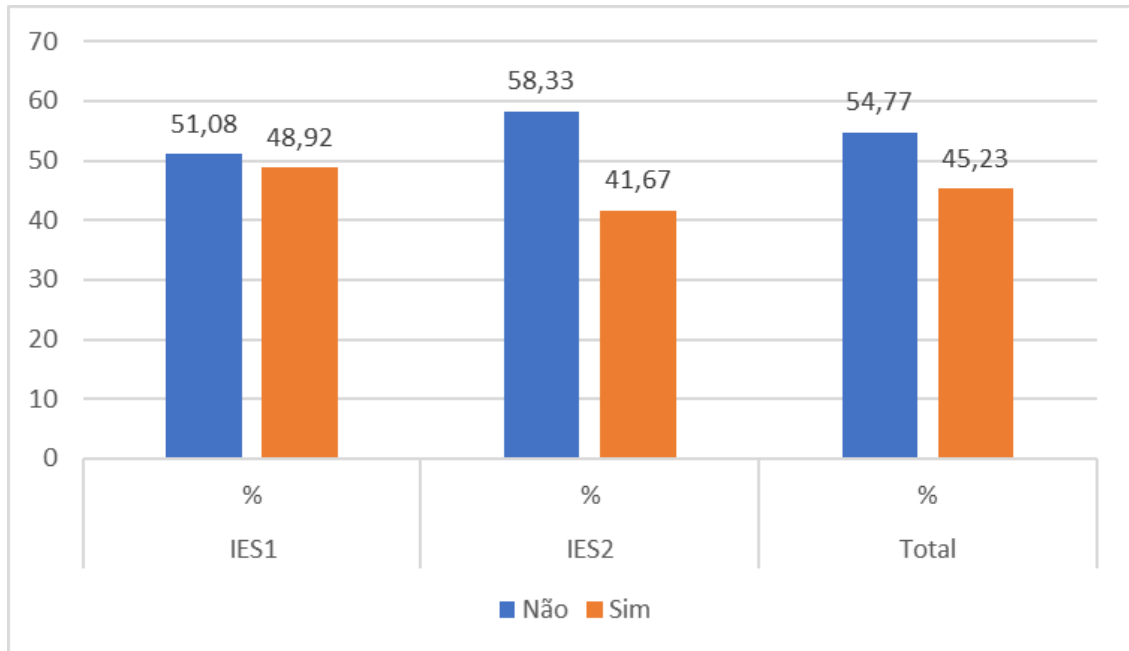
Tabela 9 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições relacionadas ao conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e método de prevenção. Rio de Janeiro, 2018. n=768

	IES1		IES2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Possui todo conhecimento sobre IST						
Não	327	85,16	298	77,61	625	81,38
Sim	48	12,50	81	21,09	129	16,80
Não informado	9	2,34	5	1,30	14	1,82
Conhece algum método de prevenção de IST						
Sim	350	91,15	343	89,32	693	90,23
Não	23	5,99	32	8,33	55	7,16
Não informado	11	2,86	9	2,35	20	2,61
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 9 evidencia que a maioria dos universitários informou não ter todo conhecimento sobre as IST (85,16% e 77,61%), mas conhecem algum método de prevenção (90,23%).

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo em todo intercurso sexual. Rio de Janeiro, 2018. n=661

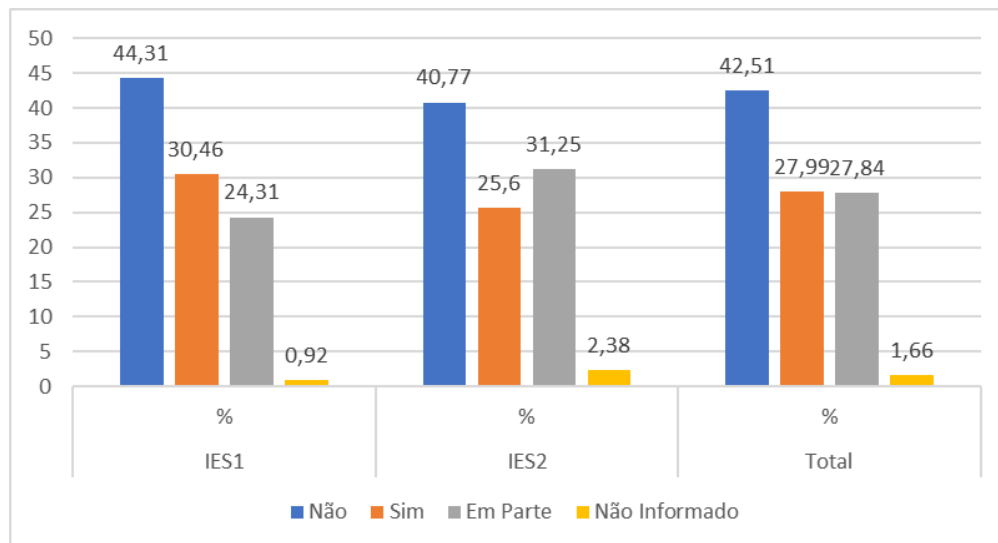


Nota – Com o intuito de evidenciar participantes sexualmente ativos, 325 da IES1 e 336 da IES2 (N=661), foram excluídas as respostas que não se aplicavam (59 da IES1 e 48 da IES2) em todas as variáveis analisadas.

Fonte: A autora, 2018.

O Gráfico 4 mostra o uso do preservativo pelos participantes sendo observado que, nas duas instituições, os jovens não usam esse recurso sempre, (51,08% e 58,33%), respectivamente.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes de duas instituições de ensino superior conforme a negociação do uso do preservativo. Rio de Janeiro, 2018. n= 661

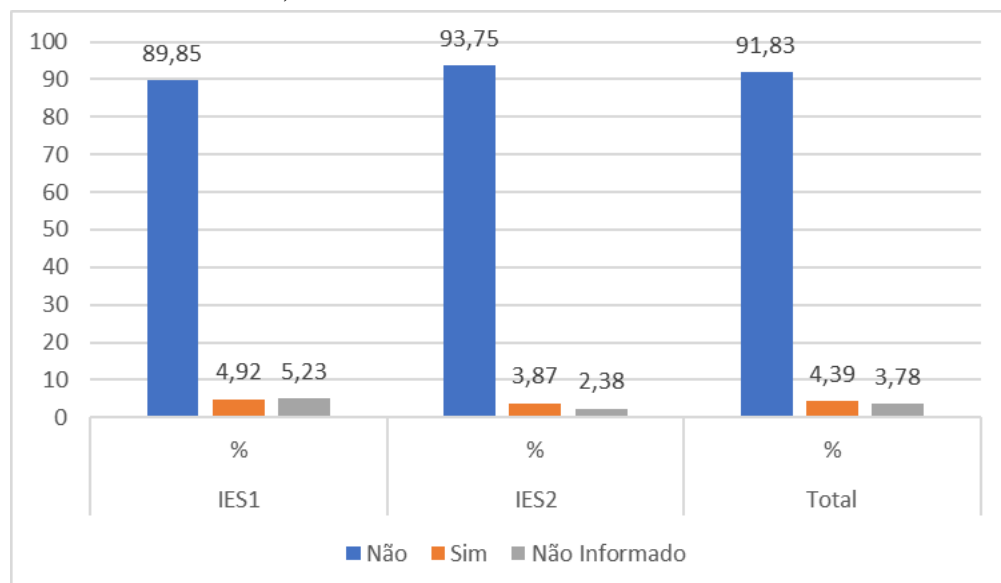


Nota – Com o intuito de evidenciar participantes sexualmente ativos, 325 da IES1 e 336 da IES2 (N=661), foram excluídas as respostas que não se aplicavam (59 da IES1 e 48 da IES2) em todas as variáveis analisadas.

Fonte: A autora, 2018.

Questionados sobre a negociação do preservativo, um quantitativo expressivo em ambas as instituições não tem essa prática, 42,51%.

Gráfico 6 – Distribuição dos jovens de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo feminino pela parceira. Rio de Janeiro, 2018. n= 661



Nota – Com o intuito de evidenciar participantes sexualmente ativos, 325 da IES1 e 336 da IES2 (n=661), foram excluídas as respostas que não se aplicavam (59 da IES1 e 48 da IES2) em todas as variáveis analisadas.

Fonte: A autora, 2018.

Em relação ao uso do preservativo feminino, a maioria dos universitários nunca usou esse método de prevenção com sua parceira (91,83%).

Tabela 10 – Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino de duas instituições conforme a utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2018. n= 768

	IES1		IES2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Usa serviço público de saúde						
Não	157	40,89	229	59,64	386	50,26
Sim	117	30,47	53	13,80	170	22,14
Em Parte	105	27,34	95	24,74	200	26,04
Não informado	5	1,30	7	1,82	12	1,56
Buscou atendimento de saúde nos últimos 12 meses						
Sim	199	51,82	166	43,23	365	47,53
Não	176	45,83	210	54,69	386	50,26
Não informado	9	2,35	8	2,08	17	2,21
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 10 demonstra o uso do serviço público de assistência de saúde pelos jovens investigados, sendo evidenciado que 40,89% na IES1 e 59,64% na IES2 não utilizam. Ao comparar os dois grupos de estudantes nota-se que os universitários da instituição 2 utilizam menos o serviço público de saúde (13,80%). No tocante a busca ao atendimento de saúde, nos últimos 12 meses, na IES1 mais da metade (51,82%) confirmou, enquanto na IES2 (54,69%) negou essa busca.

Tabela 11 – Distribuição dos jovens do sexo masculino de duas instituições segundo a testagem para detecção do HIV e cirurgia de fimose. Rio de Janeiro, 2018. n=768

	IES1		IES2		Total	
	f	%	f	%	f	%
Fez teste para detecção HIV/Aids						
Não	238	61,98	273	71,09	511	66,54
Sim	142	36,98	106	27,61	248	32,29
Não informado	4	1,04	5	1,30	9	1,17
Fez cirurgia de fimose						
Não	285	74,22	258	67,18	543	70,70
Sim	78	20,31	111	28,91	189	24,61
Não informado	21	5,47	15	3,91	36	4,69
Total	384	100	384	100	768	100

Fonte: A autora, 2018

Na Tabela 11 pode-se observar que, em ambas as instituições, a maioria dos jovens nunca fizeram testagem para vírus da imunodeficiência humana / síndrome da imunodeficiência humana (HIV/Aids), 61,98% na IES1 e 71,09% na IES2. Os motivos da realização da testagem para HIV descritos foram: curiosidade, rotina, situação de risco, dúvida, campanha e doação de sangue.

No tocante à realização de cirurgia de fimose, a maioria dos participantes informou não ter realizado, (70,70%).

3.4 Análises inferenciais

Neste tópico são apresentadas as análises bivariadas com enfoque nas práticas de prevenção adotadas pelos universitários das duas instituições de nível superior. Considerando que o uso do preservativo (feminino ou masculino) em toda relação sexual é o recurso recomendado pelo Ministério da Saúde para prevenir uma infecção sexualmente transmissível, foi analisada a relação entre a variável “uso do preservativo em toda relação sexual” com outras variáveis para responder aos objetivos deste estudo.

Tabela 12 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e o status de relacionamento. Rio de Janeiro, 2018.

Estado Conjugal	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	F	%		
Casado	11	6,63	4	2,52	0,00	5	2,56	2	1,43	0,01	16	4,43	6	2,01	0,00
Solteiro	71	42,77	109	68,55		106	54,36	99	70,71		177	49,03	208	69,57	
Companheiro Fixo	84	50,60	46	28,93		84	43,08	39	27,86		168	46,54	85	28,43	
Total	166	100,00	159	100,00		195	100,00	140	100,00		361	100,00	299	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

Ao observar a Tabela 12 nota-se que p-valor se apresenta inferior a 0,05, o que permite afirmar que o uso do preservativo depende da situação conjugal. De fato, há mais homens solteiros que utiliza preservativo (68,55% e 70,71%) do que homens casados ou com

companheiro fixo. Este resultado ocorre nas duas instituições. O quantitativo de homens solteiros que não usa preservativo em ambas as instituições é, também, expressivo (42,77 e 54,36%).

Entre os jovens que possuem companheiro fixo, 50,60% na IES1 e 43,08% na IES2, informaram não usar preservativo em todas as relações sexuais.

Tabela 13 – Distribuição dos estudantes do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e a idade agrupada. Rio de Janeiro, 2018.

Idade Agrupada	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES 1					IES 2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
18-24 anos	116	69,88	125	78,62		166	84,69	126	90,00		282	77,90	251	83,95	
25-29 anos	50	30,12	34	21,38	0,07	30	15,31	14	10,00	0,16	80	22,10	48	16,05	0,05
Total	166	100,00	159	100,00		196	100,00	140	100,00		362	100,00	299	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

Na Tabela 13 pode-se observar que o p- valor é maior do que 0,05, então se aceita a hipótese nula, ou seja, usar preservativo independe da faixa etária.

Tabela 14 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de duas instituições conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e a orientação sexual. Rio de Janeiro, 2018.

Orientação Sexual	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	F		%	f	%		
Heterossexual	149	89,76	134	84,81		181	93,30	114	81,43		330	91,67	248	83,22	
Homossexual	10	6,02	19	12,03		9	4,64	14	10,00		19	5,28	33	11,07	
Bissexual	6	3,61	3	1,90	0,19	2	1,03	9	6,43	0,01	8	2,22	12	4,03	0,01
Outro	1	0,60	2	1,27		2	1,03	3	2,14		3	0,83	5	1,68	
Total	166	100,00	158	100,00		194	100,00	140	100,00		360	100,00	298	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

Na Tabela 14, podemos observar que o p- valor foi maior que 0,05 apenas na IES1 demonstrando que o uso do preservativo pelos estudantes desta instituição, independe da orientação sexual. Ao analisar os dados da IES2 e a base como um todo, onde o p- valor é menor que 0,05, podemos afirmar que os homens homossexuais usam mais o preservativo quando comparado aos heterossexuais.

Tabela 15 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e se considera ser religioso. Rio de Janeiro, 2018.

Religioso	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES 1					IES 2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Sim	91	54,82	85	54,14		93	47,94	90	64,75		184	51,11	175	59,12	
Não	75	45,18	72	45,86	0,90	101	52,06	49	35,25	0,00	176	48,89	121	40,88	0,04
Total	166	100,00	157	100,00		194	100,00	139	100,00		360	100,00	296	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

Na Tabela 15, o p-valor maior que 0,05 mostra que na IES1 o uso do preservativo independe do jovem ser religioso ou não. Entretanto, na IES2 e na base como um todo, o p-valor foi menor que 0,05 o que permite afirmar que os homens que se consideram religiosos usam mais o preservativo do que os que não se consideram religiosos.

Tabela 16 – Distribuição dos universitários segundo o uso do preservativo em toda relação sexual e o conhecimento do método de prevenção de IST. Rio de Janeiro, 2018.

Conhece método prevenção de IST	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Sim	164	98,80	158	99,37		194	99,49	137	97,86		358	99,17	295	98,66	
Não	2	1,20	1	0,63	0,59	1	0,51	3	2,14	0,18	3	0,83	4	1,34	0,53
Total	166	100,00	159	100,00		195	100,00	140	100,00		361	100,00	299	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se, portanto, dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

A tabela T6 mostra que não houve significância na relação entre o uso do preservativo e o conhecimento de algum método de prevenção de IST, pois p- valor foi maior que 0,05. Logo, usar preservativo independe se o homem jovem conhece algum método de prevenção de IST.

Tabela 17 – Distribuição dos jovens do sexo masculino de duas instituições de ensino superior conforme o uso do preservativo em toda relação sexual e uso de álcool e/ou drogas antes da última relação sexual. Rio de Janeiro, 2018.

	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Uso de álcool/ drogas antes da última relação sexual															
Não	109	66,06	119	74,84		114	58,16	108	77,70		223	61,77	227	76,17	
Sim	56	33,94	40	25,16	0,08	82	41,84	31	22,30	0,00	138	38,23	71	23,83	0,00
Total	165	100,00	159	100,00		196	100,00	139	100,00		361	100,00	298	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

Na Tabela 17 é demonstrado que o uso do preservativo na última relação sexual na IES1, cujo p- valor foi maior que 0,05, independe do uso ou não de álcool e/ ou drogas. Entretanto, na IES2 e na base como um todo, onde o p-valor foi menor que 0,05, usar o preservativo depende do uso de álcool e/ou drogas antes da relação. Neste caso, podemos afirmar que os jovens que não usaram álcool e/ ou drogas antes do sexo, usaram mais o preservativo.

Tabela 18 – Distribuição dos jovens universitários do sexo masculino de duas instituições segundo o uso do preservativo em toda relação sexual e a realização do teste para detecção do HIV. Rio de Janeiro, 2018.

	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Fez teste para detecção HIV															
Não	88	53,33	100	63,29		133	68,56	95	68,35		221	61,56	195	65,66	
Sim	77	46,67	58	36,71	0,07	61	31,44	44	31,65	0,97	138	38,44	102	34,34	0,27
Total	165	100,00	158	100,00		194	100,00	139	100,00		359	100,00	297	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 18 mostra que não houve significância na relação entre o uso do preservativo e a testagem para detecção do HIV. O p-valor em ambas as instituições e na base como um todo foi maior que 0,05 o que indica que o uso do preservativo pelos jovens deste estudo independe se ele já fez ou não o teste.

Tabela 19 – Distribuição dos universitários de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e a busca por atendimento de saúde nos últimos doze meses. Rio de Janeiro, 2018.

	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Busca de atendimento de saúde															
Sim	87	52,73	79	50,97	0,75	80	41,03	64	46,72	0,30	167	46,39	143	48,97	0,51
Não	78	47,27	76	49,03		115	58,97	73	53,28		193	53,61	149	51,03	
Total	165	100,00	155	100,00		195	100,00	137	100,00		360	100,00	292	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018.

A Tabela 19 mostra que não houve significância entre o uso do preservativo em toda relação sexual e a busca pelo atendimento de saúde. O p-valor foi maior que 0,05 em todas as análises permitindo afirmar que em ambas as instituições e na base como um todo, o uso do preservativo independe da busca por atendimento de saúde pelo jovem nos últimos doze meses.

Tabela 20 – Distribuição dos universitários do sexo masculino de acordo com o uso do preservativo em toda relação sexual e a ocorrência de IST. Rio de Janeiro, 2018.

	Uso do preservativo em toda relação sexual														
	IES1					IES2					Total				
	Não		Sim		P	Não		Sim		P	Não		Sim		P
f	%	f	%	f		%	f	%	f		%	f	%		
Teve IST															
Não	149	90,30	149	94,90	0,14	167	86,08	133	95,68	0,01	316	88,02	282	95,27	0,00
Sim	15	9,09	6	3,82		13	6,70	2	1,44		28	7,80	8	2,70	
Não lembra	1	0,61	2	1,27		14	7,22	4	2,88		15	4,18	6	2,03	
Total	165	100,00	157	100,00		194	100,00	139	100,00		359	100,00	296	100,00	

Nota – Para fins de análise estatística foram consideradas apenas as respostas válidas excluindo-se, portanto, dados não informados ou que não se aplicavam.

Fonte: A autora, 2018

Pode-se perceber na tabela 20 que na IES1, onde o p-valor foi maior que 0,05, o uso do preservativo independe se ele já teve alguma IST. Entretanto, na IES2 e na amostra como um todo, p-valor menor que 0,05, o uso do preservativo depende se o jovem já adquiriu uma IST. Nestes dois últimos casos, é possível afirmar que o preservativo é menos usado por jovens que já tiveram IST.

4 DISCUSSÃO

A distribuição dos universitários segundo o curso de graduação sinaliza que a maioria de participantes pertence às áreas de conhecimento distintas da área de ciências da saúde (88,15%) e o curso de engenharia teve a maior representatividade em ambas as instituições. Como a coleta de dados se deu nos principais campi das duas universidades, onde há uma maior variedade de cursos oferecidos, acredita-se, neste caso, na influência do fator cultural e histórico na caracterização profissional dos participantes, considerando que os homens têm tido menor representação na área das ciências da saúde e maior representatividade em exatas e humanas. Culturalmente, as mulheres são visualizadas como cuidadoras e com sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho, o que se observa é uma feminização da área da saúde.

Estudo de Nardelli et al. (2013) ao caracterizar os participantes ingressantes de cursos da área da saúde em uma universidade federal, sinalizaram que 89% pertenciam ao sexo feminino, o que ratifica os achados desta investigação. Castellanos et al. (2013) investigando graduandos de um curso de saúde coletiva verificaram, também, uma maioria feminina (78,6%).

Segundo o Censo de Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), houve maior ingresso de homens nas faculdades federais, em 2015, diferente do que vinha acontecendo nos anos anteriores (BRASIL, 2017c). O censo também apontou que é maior o quantitativo de homens inscritos em cursos como ciências, matemática, computação, engenharia de produção e engenharia civil no período de 2010 a 2015 em comparação com as mulheres. Estes resultados também estão em consonância com a amostra estudada nesta pesquisa.

Em relação à idade dos participantes, os dados mostram que a maioria tem idades entre 18 e 24 anos sendo considerados como jovem-jovem – 76,82% na instituição de ensino superior 1 (IES1) e 88,28% na IES2.

Segundo o Censo do ensino superior de 2015, houve uma maior concentração de matrículas nas instituições privadas (75,7%), assim como o número de concluintes. A idade modal dos alunos matriculados, ingressantes e concluintes em cursos presenciais analisados pelo INEP, sendo de 21, 18 e 23, respectivamente, ratificou a faixa etária dos estudantes deste estudo pertencentes ao grupo dos jovens-jovens (BRASIL, 2018).

Ao verificar a faixa etária dos universitários participantes de diferentes estudos nota-se que na investigação de Castellanos et al. (2013), a faixa etária prevalente dos participantes foi

de 20 a 29 anos (50,4%) com idade média de 26 anos. Outras pesquisas contaram com a participação de jovens na faixa etária semelhante a este estudo, ou seja, com predominância das idades de 18 a 24 anos (BORGES, et al. 2015; DANTAS, et al. 2015; NARDELLI et al. 2013; REZA et al. 2016).

Este estudo também verificou se o uso do preservativo em toda relação sofre influência da idade, ou seja, se os jovens- jovens ou os adultos jovens diferem quanto ao uso desse método. Os dados demonstraram que o uso do preservativo independe da faixa etária quando comparado esses dois grupos tanto por instituição e na base como um todo (p valor maior que 0,05).

Essa análise permite observar que independente de sua idade, o jovem age e se coloca em situações de risco devido às suas características próprias, e a influência de outros fatores pode determinar o uso (ou não) do preservativo. Berquó, Barbosa e Lima (2008) em estudo comparativo das tendências do uso do preservativo nos anos de 1998 e 2005 verificaram que a faixa etária compreendida entre 16 e 24 anos foi a que obteve maior representatividade quanto ao uso desse método (59,2%) e apontou para um declínio do uso nas idades posteriores.

Em relação aos dados sociodemográficos, os resultados deste estudo se assemelham a outras pesquisas com uma amostra homogênea nas duas instituições relacionada ao status de relacionamento solteiro (59,63% e 64,32%), ou que possuem companheiro fixo (36,46% e 33,60%); que não trabalham (55,47% e 62,76%) ou que trabalham com remuneração (41,15% e 33,33%); cor da pele branca (42,71% e 59,11) ou parda (30,73% e 24,22%); heterossexual (86,46% e 88,28%); que se consideram religiosos (58,33% e 55,73%) ou não se consideram (41,15% e 43,49%); católicos (22,66% e 23,96%) ou evangélicos (18,49% e 16,67%) (BORGES et al., 2015; DANTAS et al., 2015; DÍAZ- CÁRDENAS; ARRIETA- VERGARA; GONZÁLEZ- MARTÍNEZ, 2014; RODRÍGUEZ; VARELA, 2014).

Dados do censo brasileiro indicam que 55,3% da população informa ter estado civil solteiro. A idade média ao casar é de 24,4 anos e os homens continuam se unindo com idade superior a três anos em relação às mulheres. Na região sudeste essa média é ainda maior em decorrência do investimento na educação e pela inserção dos jovens no mercado de trabalho, sendo prioritários sobre a intenção de casamento (IBGE, 2010). Estes dados corroboram os achados deste estudo que teve a maioria dos participantes solteiros.

Em relação à situação empregatícia, o censo mostra que o nível de ocupação dos homens pertencentes à faixa etária de 20 a 24 anos foi de 72,2% enquanto que na faixa etária de 25-29 anos esse percentual foi de 82,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2010). A maior parte dos jovens deste estudo não trabalha, e um quantitativo menor trabalha com remuneração.

Ao analisar esses percentuais, devemos considerar como o jovem ingressou na educação superior. Atualmente, incentivos governamentais têm buscado a expansão e inclusão de jovens no nível superior, reduzindo também as desigualdades sociais por meio da educação, assim ficou mais acessível o ingresso e a permanência dos jovens no ensino superior (BRASIL, 2014).

Quando se trata dos universitários de instituições públicas, muitos jovens ingressaram através de cotas reservadas para quem possui renda menor, ou para quem se declara pardo ou negro, além de outros tipos. Há ainda bolsas de estudo durante a graduação de maneira a garantir a permanência do estudante no curso. Jovens de famílias cuja renda per capita é maior, contudo, investem em educação de nível médio de melhor qualidade e em cursos pré-vestibulares para terem acesso ao ensino superior público (BRASIL, 2014).

Nas instituições privadas também há duas condições distintas: jovens que ingressaram através de financiamento ou que conseguem uma bolsa de estudos conforme a nota obtida em processos seletivos nacionais. São jovens, em geral, que possuem vínculo empregatício para custear sua própria formação. Há ainda os jovens cujos pais têm a possibilidade de arcar com os custos de uma graduação nestas instituições (BRASIL, 2014).

Em relação à cor autodeclarada, segundo o IBGE, último censo demográfico disponível, assim como nos censos anteriores, a população masculina mostrou-se menor que a feminina em razão da maior mortalidade deste grupo. A população também declarou-se branca (47,7%), seguido pelos pardos (43,1%). Segundo o censo, houve uma sobre-representação dos pretos no estado do Rio de Janeiro (12,4%). Em relação ao nível superior de ensino, no grupo etário de 15 a 24 anos de idade, 31,1% se declararam brancos enquanto 13,4% eram pardos e 12,8% pretos. Tais dados evidenciam a maior dificuldade de acesso ao ensino superior pela população negra (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em relação à renda, segundo dados do IBGE (2010), encontrou-se uma renda per capita mais favorável à população branca, com desigualdade mais pronunciada na região sudeste do país. Esta população também é a que mais está protegida pela previdência social ou mais incidente entre os empregadores.

Quanto à orientação sexual, assim como o estudo de Bertoli, Scheidmantel e De-Carvalho (2016) apontou, a maioria se autodeclarou heterossexual (86,46% na IES1 e 88,28%

na IES2). Houve uma pequena representação de homossexuais (8,59% e 6,77%, respectivamente) e bissexuais (3,91% e 3,13%) respectivamente nas duas instituições.

Ao analisar a associação entre a orientação sexual e o uso do preservativo em toda relação, observamos que na IES1 o uso desse método independe da orientação sexual do participante. Na IES2 e na análise da base como um todo, cujo p-valor foi menor que 0,05, os resultados mostraram que os homossexuais usam mais preservativos que os heterossexuais. Estes achados denotam que, talvez, o uso mais consistente do preservativo pelos homossexuais se deva a maciços investimentos, desde o início da epidemia do HIV, de órgãos governamentais e organizações não governamentais para o esclarecimento de grupos vulneráveis ou mais expostos ao risco de contaminação, como os homossexuais.

Embora a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ocorra de maneira indiscriminada, e dependa diretamente do não uso do preservativo, entre outros fatores, e não está relacionado à orientação sexual da pessoa, nota-se que os heterossexuais têm pouca expressividade aos olhos das campanhas e investimentos, ficando à sombra do que é direcionado às populações- chaves e prioritárias.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), devido a algumas populações específicas serem afetadas de modos diferentes pelo HIV, merecem priorização dos esforços de prevenção a fim de garantir a equidade: oferecer mais a quem precisa mais. As populações- chaves e prioritárias, compostas por: gays e outros homens que fazem sexo com homens, usuários de álcool e outras drogas, trabalhadores do sexo, pessoas trans, privados de liberdade, população negra, em situação de rua, indígenas e o jovem (BRASIL, 2017a).

Leal, Knauth e Couto (2015) realizaram uma revisão de literatura para estudar os diferentes fatores que influenciam na prevenção do HIV entre homens heterossexuais. Os achados revelaram que existem poucos investimentos e estudos acerca do tema. Observaram que as intervenções individuais de aconselhamento estão associadas ao maior uso do preservativo. As intervenções para grandes massas, contudo, surtem efeito apenas para comportamentos sexuais adequados com parcerias casuais.

No tocante à religião, o censo brasileiro demonstra, ainda, uma maioria católica (64,6%) herdada desde a época da colonização, seguida pelos evangélicos (22,2%) e pessoas que declaram não ter religião (8%). A diversidade religiosa do país vem crescendo, sinaliza o mesmo documento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Os resultados encontrados no presente estudo, relacionados aos aspectos sociodemográficos da população investigada são consonantes aos dados apresentados pelo IBGE.

Esta investigação avaliou ainda se o uso do preservativo variou de acordo a religiosidade dos participantes. Na IES1 essa relação não teve significância, p-valor maior que 0,05, demonstrando que o uso do preservativo independe da religiosidade. Entretanto, na IES2 e na base como um todo, onde p-valor foi menor que 0,05, pode-se notar o maior uso de preservativos entre os jovens que se declararam religiosos que entre aqueles não religiosos.

Investigação do tipo transversal e longitudinal realizado com jovens observou que a religiosidade se constituiu em fator de proteção somente por postergar a idade do primeiro intercurso sexual, entretanto, não se constituía uma proteção após este evento. Estes jovens foram divididos em grupos por níveis de religiosidade e o grupo considerado de alta religiosidade apresentou maiores índices de comportamento sexual de risco. Um exemplo dessa situação pode ser o jovem que, tomando por base as orientações da conduta religiosa, não possui preservativo para uso ocasional, considerando que é pecado o relacionamento sexual pré-marital. Se levasse o preservativo com ele sempre é como se planejasse pecar. A avaliação longitudinal verificou também que a experiência sexual tende a diminuir o nível de religiosidade (CERQUEIRA, 2008).

Gagnon (2006), em seus estudos sinalizou a influência dos aspectos culturais nos roteiros sexuais dos jovens. No presente estudo, os jovens religiosos tiveram roteiros sexuais diferenciados, o que Cerqueira (2008) em seus achados, também, havia observado. Sabe-se que os aspectos culturais de um grupo envolvem um conjunto de fatores como o conhecimento, as crenças, normas e valores, e outros. A diversidade cultural de uma sociedade inclui os diferentes costumes como a culinária, as vestimentas, tradições, manifestações religiosas, entre outros. Os jovens costumam adotar práticas sexuais (saudáveis ou não) influenciados pelo contexto em que vivem. O contexto cultural, portanto, é um fator importante que pode interferir nas condutas sexuais dos jovens. Entre os aspectos culturais, as manifestações religiosas e a influência na vida de seus seguidores assumem importância no cenário das práticas sexuais dos jovens. Neste estudo cuja maior representatividade foi de pessoas católicas, a religiosidade teve influência positiva sobre o uso do preservativo. Na investigação de Cerqueira (2008), entretanto, os jovens evangélicos que apresentavam alto nível de religiosidade tiveram comportamento com maior risco sexual.

Pesquisa que teve o objetivo de investigar a influência da religião e religiosidade no risco sexual de jovens brasileiros de baixa renda encontrou os mesmos resultados. Demonstrou associação entre religiosidade e menor probabilidade na estreia sexual, contudo, para os jovens que já haviam iniciado sua vida sexual, as normas religiosas exerciam pouca influência (CERQUEIRA; KOLLER, 2016).

Em relação às práticas sexuais dos jovens, verificou-se que a maioria dos jovens nesta pesquisa era sexualmente ativa (84,64% na IES1 e 87,50% na IES2), e usou preservativo no primeiro intercurso sexual, 74,46% e 70,24%, respectivamente. Nas duas instituições, nota-se que os jovens se comportam de maneira similar quando se trata do primeiro intercurso sexual. Estes achados são semelhantes aos encontrados na pesquisa de Bertoli, Scheidmantel e De-Carvalho (2016) que estudaram o comportamento de jovens universitários e a infecção pelo HIV, tendo encontrado maioria de participantes sexualmente ativos.

O acesso à informação, atualmente, é mais facilitado e ocorre de diversas maneiras como por meio de equipamentos eletrônicos (celular, tablete, computador), jornais, instituições de ensino, amigos, profissionais de saúde entre outros. Muitas dessas fontes são oficiais e fornecem informações fidedignas e tecnicamente verídicas. Estudo com jovens do Distrito Federal que objetivou avaliar sua vulnerabilidade frente às infecções sexualmente transmissíveis (IST), contudo demonstrou que 21,9% dos respondentes informaram que a principal fonte de educação sexual eram amigos, e os pais (20,1%) (FONTES et al., 2017).

Essa variedade de meios de informação beneficia o conhecimento sobre as IST, entretanto não garante que os jovens se comportem de maneira mais segura, com uso constante do preservativo. Neste estudo, poucos participantes de ambas as instituições informaram essa prática 25,54% e 29,76% respectivamente. Assim, esses resultados são preocupantes considerando o reduzido acesso de homens ao serviço de saúde, diagnóstico tardio e a dificuldade de quebra da cadeia de transmissão dessas infecções.

Santos (2011), estudando jovens do sexo masculino em situação de prostituição, verificou que mesmo reconhecendo terem risco potencial para aquisição de IST, não utilizavam preservativo durante o sexo oral com seus clientes. A percepção do risco não faz com que se apropriem de medidas de prevenção, mantendo um comportamento sexual inadequado e não saudável, destaca a autora.

Neste estudo pode-se observar um quantitativo expressivo de jovens que usaram camisinha no primeiro intercurso sexual. Considerando que o jovem que tem como características ser imediatista e pensar somente no hoje, não se preocupa com o futuro (no tocante aos agravos de saúde), ou mesmo apresenta o pensamento mágico que nada pode lhe acontecer, esperava-se um maior quantitativo de jovens que não tivessem usado preservativo no primeiro intercurso sexual, embora uma parcela menor de universitários não tenha praticado sexo seguro.

O uso do preservativo pelos jovens, nos primeiros intercursos sexuais, pode representar o receio da gravidez. A prevenção de IST é apenas uma consequência não

priorizada. Mármol, Cruz e Muñoz (2016) em investigação realizada com universitários constataram que mais da metade dos participantes, 56,9%, informaram que usam preservativo para evitar a gravidez enquanto que 9,5% usam para prevenção de IST.

Investigação que avaliou o uso do preservativo por jovens, conforme o número de eventos sexuais em relacionamentos recentes, mostrou que a probabilidade média do uso do preservativo pelos homens no primeiro intercurso sexual de um novo relacionamento foi de 55%. Ao avaliar os primeiros nove eventos de relação sexual, este percentual reduziu para 16%, mostrando que a experiência de acumulação precoce com um único parceiro, o relacionamento e a satisfação sexual são fatores influenciadores do não uso do preservativo (HE et al., 2016).

No presente estudo, o percentual de homens que usaram preservativo no primeiro intercurso sexual é semelhante sendo, 74,46% na IES1 e 70,24% na IES2. O uso do preservativo em relacionamento com parceria fixa foi distinto, sendo 61,67% na IES1 e 47,92% na IES2. Pesquisa com jovens africanos mostrou que a confiança no parceiro tem relação negativa com o uso consistente do preservativo (HATTORI, 2014). Fontes et al. (2017) em sua investigação ratificam esse comportamento de risco ao verificarem que 40% dos jovens acreditam que não é necessário usar preservativo em relacionamento estável.

A associação entre o uso do preservativo e o estado conjugal dos jovens foi analisada. Os dados mostraram significância, p valor menor que 0,05, evidenciando que há mais homens solteiros usando preservativo que os homens casados ou que possuem companheiro fixo. Este achado corrobora com estudos, anteriormente citados, no que concerne à associação da relação de confiança no relacionamento, relacionamento com parceria fixa e o uso do preservativo.

Ao avaliarmos o uso do preservativo em relacionamentos com parceiros casuais, a maioria dos jovens que informou esse tipo de parceria usa preservativo (84,47% na IES1 e 69,40% na IES2). Outros, entretanto, declararam que não usam (15,53% na IES1 e 30,60% na IES2). Comparando as duas instituições, nota-se que existe diferença no quantitativo de jovens que não usam preservativo com parceiro casual, sendo maior na IES2, o que os torna vulneráveis para adquirir IST. O percentual de jovens, de ambas as instituições, que declararam não usar preservativo com parceiro casual é preocupante. Estudo que avaliou a vulnerabilidade de homens e mulheres que vivem com HIV/Aids frente às IST, mostrou que 29,8% dos homens acreditavam ter contraído o HIV em relacionamentos desprotegidos com parceiras pouco conhecidas (MAFRA et al., 2016).

Investigação realizada com afro-americanos, avaliou as características das parcerias sexuais e evidenciou que 51,7% dos participantes não utilizaram preservativo. Fatores como idade avançada, menor nível de escolaridade, dependência financeira ou material do parceiro sexual, sexo com um parceiro principal e maior frequência de sexo estavam associados com aumento das chances do sexo desprotegido (MARSHALL et al., 2016). Pesquisa desenvolvida com jovens do sul do Brasil apontou que alguns homens associam sexo sem preservativo como mais prazeroso e que promove maior satisfação em detrimento da prevenção de IST e gravidez. Assim, mesmo sabendo da importância do uso do preservativo, afirmam que o sexo protegido pode ser ruim e desconfortável (BEZERRA et al., 2015).

Os participantes desta investigação informaram que tiveram relação sexual nos últimos doze meses (89,56%) e 33,91% que se relacionaram com mais de cinco parceiros nesse mesmo período. Grasso et al. (2016) realizaram estudo com adultos sexualmente ativos do Quênia, país com os um dos maiores índices de infecção pelo HIV no mundo, e constataram a prevalência do uso incorreto do preservativo. Observou que a presença de IST e a múltipla parceria sexual estavam associados ao uso incorreto desse método. Entre os participantes que tiveram um parceiro sexual nos últimos dozes meses, 17% usaram o preservativo incorretamente; participantes que tiveram dois parceiros, 22,8%; e participantes que tiveram mais de três parceiros, 33,4% usaram o preservativo incorretamente. Marshall et al. (2016) em estudo que avaliou o uso do preservativo relacionado a fatores individuais e parceria, observou que a maior frequência de sexo está associada à maior chance de ocorrer sexo sem preservativo.

No que concerne ao uso de álcool/drogas pelos jovens foi observado, neste estudo, que a maioria em ambas as instituições usam (64,84% e 68,49%), respectivamente. A regularidade de consumo verificada foi esporadicamente (38,80% e 33,33%) e nos finais de semana (24,22% e 30,47%). Quanto ao uso de álcool/drogas antes da última relação sexual, houve maior representatividade de jovens que não usaram (59,38% e 57,81%), respectivamente. Mas, um quantitativo expressivo informou essa prática na IES1 (25%) e na IES2 (29,43%). A associação entre o uso do álcool e o uso do preservativo em toda relação sexual foi avaliada. Os resultados apontaram que na IES1 o uso desse método independe do consumo de álcool e/ou drogas pelos jovens desta instituição. Entretanto, os estudantes da IES2 e a análise da base como um todo, onde p-valor foi menor 0,05, mostrou que o uso do preservativo é maior quando não há consumo de álcool e/ou drogas antes da última relação.

Estudo realizado com universitários demonstrou que a maior frequência do uso de bebida em diversos contextos como bares, festas dentro e fora do campus e dormitórios,

foram associados ao maior número de parceiros sexuais, sexo não planejado e desprotegido. Entre os participantes do sexo masculino, o maior consumo em bares foi mais associado a sexo desprotegido (MAIR; PONICKI; GRUENEWALD, 2016). Young et al. (2015), em pesquisa realizada com homens jovens peruanos, verificaram que homens que fazem sexo com homens (HSH) adotam maior comportamento de risco para infecção pelo HIV quando associado ao consumo de álcool. Baumgarten, Gomes e Fonseca (2012) observaram o comportamento sexual de risco entre jovens que consumiam álcool habitualmente. Constataram que 48,7% dos estudantes não utilizaram preservativo nas últimas relações sexuais e que nos últimos doze meses 10,5% tiveram de três a dez parceiros sexuais.

Universitários do sexo masculino, do sudeste brasileiro, foram investigados sendo observado que o uso do álcool/drogas por esse grupo está associado à tentativa de amenizar a pressão sofrida em seu cotidiano, e a necessidade de criar uma identidade e de pertencimento que é influenciado pelo fator cultural (DAZIO; ZAGO; FAVA, 2016).

Em relação à ocorrência de IST, poucos jovens informaram essa manifestação (5,75%) No entender da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do MS, na atenção primária à saúde, as IST são tratadas por uma abordagem sindrômica, para otimizar o tratamento e quebrar a cadeia de transmissão, pois muitas vezes essas infecções cursam de forma assintomática dificultando ou retardando o diagnóstico.

O uso do preservativo e a associação à ocorrência de alguma IST foram avaliados neste estudo. Na IES1 o uso do preservativo independe da aquisição de IST. Na IES2 e na avaliação da base como um todo, essa associação é válida demonstrando que o uso do preservativo é menor entre os jovens que já tiveram alguma IST. Acredita-se que o pensamento mágico de invulnerabilidade do jovem, ou seja, que nada vai acontecer com ele, e a preocupação somente com presente em detrimento do futuro, pode explicar o motivo pelo qual continuam a adotar comportamentos de risco mesmo já tendo adquirido uma IST. Aproximar-se desse grupo para trabalhar questões primordiais de saúde, como as IST, tem sido um grande desafio para saúde pública. Dentre tantos outros fatores que influenciam seu comportamento, estão as características inerentes à idade que os coloca, muitas vezes, em situações de risco.

Considerando que nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro (e acredita-se em outros municípios também) se percebe a ausência do público masculino, o baixo percentual baixo de ocorrência de IST pode estar refletindo o subdiagnóstico, representado apenas pelos casos que buscam atendimento, quando sintomáticos. Muitos homens, entretanto, são tratados, mesmo que ausentes nos serviços, pelo contato de suas parceiras

sexuais sintomáticas que buscam atendimento de saúde com maior frequência. O tratamento desse indivíduo, muitas vezes, não ocorre através de uma consulta com o profissional de saúde. Com isso, muitas vezes, se perde a oportunidade da realização do aconselhamento, da testagem rápida para outras IST e do fornecimento de preservativos.

Dentre as infecções adquiridas e informadas pelos jovens deste estudo, podem-se elencar a clamídia, sífilis, gonorreia, hepatites virais, infecções frequentemente assintomáticas (BRASIL, 2016b). Pesquisa realizada com jovens, no estado do Ceará – Brasil, não encontrou o mesmo resultado. Os homens tiveram mais resultados reagentes para o HIV, o que pode estar relacionado a um comportamento de risco sexual maior, pela multiplicidade de parcerias simultâneas (ARAÚJO et al., 2015).

Embora os resultados não sejam semelhantes, nota-se que o presente estudo não tinha como foco identificar se havia participante convivendo com HIV/Aids. Como, também, por uma questão cultural, ainda existe muito preconceito ao debate sobre o HIV, inclusive relacionado à assunção do diagnóstico. Logo, é possível que os respondentes não tenham desejado revelar ser soropositivo para o HIV, ou outras IST. Estudo que investigou jovens que buscaram atendimento em centro especializado de IST, no Maranhão-Brasil, mostrou que 10 % dos homens que fizeram testagem para HIV não foram buscar pessoalmente o resultado, sendo retirado por um terceiro (MAFRA et al., 2016). Este dado ratifica o preconceito, ainda presente hoje, nas questões que envolvem o HIV, como os sentimentos de medo, a vergonha e dificuldade de aceitar que pode ser vulnerável.

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre as práticas de prevenção de IST. No grupo, 85,16% na IES1 e 77,61% na IES2 informaram não ter todo conhecimento sobre essas infecções. A maioria (90,23%), entretanto, conhece algum método de prevenção. Dentre os métodos de prevenção informados, o preservativo foi o de maior representatividade com 79,03% na totalidade dos jovens sem diferença significativa entre as duas instituições. Os estudantes citaram, ainda: abstinência, diafragma, castidade, higiene, pílula do dia seguinte, saber escolher a parceira, uso de seringa descartável, vacinação, visita regular ao médico, compartilhamento de roupa íntima e ser monogâmico.

Avaliou-se, neste estudo, se o jovem que conhece algum método de prevenção usa o preservativo. Nas duas instituições e na avaliação da base como um todo, o uso do preservativo independe do conhecimento do jovem sobre método de prevenção. Isto quer dizer que possuir conhecimento sobre algo não implica necessariamente em mudança de comportamento. Assim, ao discutir as práticas sexuais muitos aspectos precisam ser considerados para se compreender determinadas atitudes das pessoas. Estes dados, então,

demonstram que ainda existem mitos e desconhecimento em relação à prevenção das IST, o que pode expor os jovens ao risco para aquisição dessas infecções. O fator cultural e as relações de confiança, como saber escolher a parceria e ser monogâmico, também foram representadas e preocupam porque interferem diretamente na assunção do comportamento de risco. Alguns métodos contraceptivos foram referidos pelos participantes do estudo como meios de prevenção de IST como o uso do diafragma e a pílula do dia seguinte.

O desconhecimento apontado pelos jovens em relação às IST leva à reflexão sobre o acesso e a qualidade da informação. A participação da mídia no tocante a divulgação sobre o tema é percebida de modo pontual por ocasião do carnaval. Reproduzem, em geral, campanhas do governo para o uso do preservativo que é incentivado de maneira isolada para prevenção, principalmente do HIV, em detrimento das demais IST (GARCIA; SOUZA, 2010).

Nota-se, então, que não existe continuidade no processo de construção do saber junto à população, ou mesmo estímulo para o autocuidado além do uso do preservativo, com emprego dos veículos de comunicação de massa. A discussão sobre as IST, a etiologia, as formas de transmissão e de prevenção, ainda, é realizada de maneira superficial e quase sempre pontual. Apesar de inegável a importância epidemiológica e as consequências da infecção pelo HIV, as demais IST têm elevada incidência – como a sífilis, clamídia, Papiloma Vírus Humano (HPV) – e podem causar sequelas aos portadores, além de outras complicações. As medidas de prevenção para essas infecções, embora idênticas ao preconizado para o HIV, não têm o mesmo destaque e investimentos.

Gómez et al. (2014), investigando universitários colombianos, observou que o HIV foi a IST mais conhecida entre eles com representatividade de 27,4%, seguido por gonorreia (24,1%), sífilis (22,1%), herpes genital (12,3%) e HPV (7,5%). A diversidade das IST, o fato de os jovens serem o público mais atingido e os resultados dos estudos que têm demonstrado o baixo nível de conhecimento acerca das infecções, é um aspecto preocupante. Pesquisa, desenvolvida por Gómez-Camargo (2014), com homens jovens em situação de prostituição corrobora com esses achados. Os dados indicam o baixo nível de conhecimento acerca das IST, o preservativo foi o método de prevenção mais citado, e o não uso desse recurso com parceiras fixas foi justificado pela relação de confiança. Estudo realizado com universitários da área da saúde, no Rio de Janeiro, demonstrou que 58,5% dos estudantes não tinham conhecimento sobre todas as formas de prevenção de IST, contudo 48,5% informaram que tinham todo conhecimento sobre o tema (DANTAS et al., 2015).

Nesta pesquisa poucos universitários citaram a vacina como forma de prevenção. Embora o uso continuado do preservativo seja recomendado para a prevenção de todas as IST, é oportuno, também, disseminar a informação sobre a importância da imunização para evitar a exposição às infecções pelo HPV e Hepatite B. Essa perspectiva deve ser observada pelos profissionais de saúde que realizam testagem rápida e recebem uma demanda de pessoas com IST. O encaminhamento à sala de vacina deve ser recomendado, considerando que uma das infecções oferecidas para testagem é a Hepatite B.

A vacina contra o HPV, entretanto, é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apenas às meninas de 9 a 14 anos e aos meninos de 11 a 14 anos, mesmo que sua indicação alcance a idade dos 26 anos. Anualmente o calendário nacional é atualizado e, tem-se observado que o Ministério da Saúde, gradualmente, vem aumentando a faixa etária de oferta dessa vacina ao público masculino. Ainda assim, os adultos jovens deixam de ser beneficiados com esta proteção específica, exceto pela população que já convive com HIV/Aids que podem ser vacinadas dos 9 aos 26 anos de idade com prescrição médica (BRASIL, 2018).

Quando questionados sobre o uso do preservativo em toda relação sexual, os jovens responderam que não usam, 51,08% na IES1 e 58,33% na IES2. Sobre a negociação do uso do preservativo, os universitários informaram que não costumam negociar, 44,31% e 40,77%, respectivamente. Já em relação ao uso do preservativo feminino com suas parceiras sexuais, a maioria dos participantes (91,83%) informou que nunca utilizou. Os dados sinalizam a vulnerabilidade dos universitários investigados, considerando que a maioria não usa sempre o preservativo e não negociam o uso com as parcerias sexuais. Para que uma IST seja transmitida, além dos fatores biológicos, basta um intercuro sexual desprotegido para que a infecção se estabeleça. Pode-se observar, portanto, que os participantes do estudo adotam um comportamento de risco para as IST. Nunes et al. (2017) em investigação com jovens de um assentamento urbano observaram que apenas 38,3% dos participantes, que tinham iniciado sua vida sexual, faziam uso regular do preservativo. Constataram que o acesso às informações sobre sexualidade, com os pais e na escola, estava associado ao uso do preservativo.

O preservativo feminino é pouco utilizado pelos jovens. Segundo o Ministério da Saúde, seu uso objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, pois muitas encontram dificuldade na negociação do uso do preservativo masculino com seus parceiros (BRASIL, 2016b). Outros estudos corroboram com esses achados. Gomes, V. et al. (2011) em pesquisa realizada com treze casais heterossexuais verificou que o grupo masculino informou nunca ter se relacionado com mulher usando a camisinha feminina, outros não conheciam e

um nunca tinha ouvido falar neste recurso. Sob a perspectiva dos homens desse grupo, apesar de reconhecerem a eficiência do método e da autonomia que ele concede à mulher, sua baixa adesão se deve a questões culturais, falta de costume do uso, maior custo, pouca divulgação e a dificuldade no manuseio, mas reconhecem que são decorrentes da falta de familiaridade com o método.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, os jovens informaram não utilizar o serviço público, 40,89% na IES1 e 59,64% na IES2. Apesar disso, observa-se uma diferença de mais de dezoito pontos percentuais entre as duas instituições, ou seja, os estudantes da IES2 utilizam menos o serviço público de saúde. Em relação ao atendimento de saúde nos últimos doze meses, os dados mostram que os jovens da IES1(51,82%) buscaram mais esse atendimento quando comparados com os da IES2 (43,23%). Entretanto, um quantitativo expressivo dos jovens da IES1 (45,83%) não buscou atendimento enquanto na IES2 mais da metade dos jovens não utilizou esse serviço (54,69%).

Aliado a esses achados, procurou-se identificar a influência da busca ao atendimento de saúde nos últimos doze meses sobre o uso do preservativo pelos jovens. Os dados demonstraram que não houve significância, p- valor maior que 0,05, sobre a avaliação de cada instituição nem da base como um todo, ou seja, o uso do preservativo pelo jovem independe da busca por atendimento de saúde. Nota-se que há dois grupos populacionais que estão sempre ausentes dos serviços de saúde. Tanto a população jovem como os homens não ocupam assento nas unidades de atenção primária à saúde. São grupos que geralmente buscam atendimento quando já estão com algum problema de saúde e, portanto, buscam a cura para aquele agravo. Não há preocupação com a prevenção ou mesmo que haja, a saúde não é uma prioridade dentro de seus contextos de vida. No presente estudo, onde a amostra são jovens do sexo masculino observamos que essa situação se repete.

Segundo Moreira, Rosário e Santos (2011), o imediatismo dos jovens bem como sua preocupação em viver o agora e o sentimento de imortalidade e invencibilidade, podem gerar atitudes impulsivas que os colocam em situação de risco. Tais características levam os jovens a buscar o atendimento quando o agravo já está instalado. Em relação ao homem, sabe-se que o fator cultural, a construção e a vivência da masculinidade tem influência direta sobre os indicadores de morbimortalidade masculina, em sua maneira de adoecer e morrer. Levorato et al. (2014) que estudaram os fatores associados à procura por serviços de saúde na perspectiva de gênero, observaram que dentre eles estavam os seguintes fatores que levaram à não busca pelo atendimento: sexo masculino, horário de funcionamento da unidade de saúde, horário de

trabalho do usuário e não possuir doença. Constataram, ainda, que a mulher busca o serviço de saúde 1,9 vezes mais que o homem.

Albuquerque et al. (2014) avaliaram a percepção dos enfermeiros sobre os serviços de saúde oferecidos sob a perspectiva de gênero. Encontraram em seus achados que esses profissionais percebem fragilidades nos serviços destinados ao público masculino, como o déficit em sua organização, a baixa qualificação, além da pouca demanda dos homens, evidenciando a necessidade de capacitações sob a perspectiva de gênero. Esses estudos nos levam a refletir quanto à fragilidade dos serviços de saúde, no que concerne à organização e despreparo dos profissionais para atender uma demanda masculinizada e pouco expressiva. Nesse contexto, não se estabelece um vínculo que promova continuidade do cuidado na perspectiva da prevenção. Schraiber et al. (2010) em seu estudo apresentam relatos de homens justificando porque não procuram os serviços de saúde. Os homens revelaram que só buscam atendimento quando a situação é séria. Por sua capacidade física e vigor se sentem invulneráveis e imunes ao adoecimento e, por isso, não procuram o médico por qualquer motivo.

Alguns fatores podem contribuir para os achados desta pesquisa. Por pertencerem à uma instituição pública, os jovens da IES1 têm mais facilidade para acessar os serviços durante seus estágios, quando os cursos pertencem à área da saúde. Universidades públicas costumam ter hospitais e ambulatórios de atenção primária e secundária onde os alunos realizam atividades práticas. Destaca-se, também, que 37,24% dos estudantes trabalham com remuneração, o que pode justificar o não uso dos serviços públicos de saúde. É possível que esses jovens com trabalho remunerado tenham plano de saúde fornecido pela própria empresa e os utilizem. Alguns podem buscar atendimentos específicos como as salas de vacina e, não necessariamente, usar os demais serviços oferecidos pela unidade. Algumas empresas ou até mesmo alguns cursos de graduação exigem a atualização da caderneta vacinal como obrigatoriedade.

Ao serem questionados sobre o teste para detecção do HIV, informaram que nunca realizaram, 61,98% na IES1 e 71,09% na IES2, respectivamente. A testagem para detecção do HIV e o uso do preservativo pelos jovens foi avaliado. Os dados demonstraram que a associação entre o uso do preservativo e a testagem não tem significância, ou seja, o uso do preservativo independe da realização ou não de testagem para o HIV em ambas as instituições e o grupo como um todo. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) (BRASIL, 2016d), indica que apenas 36,1% dos indivíduos sexualmente ativos pertencentes à faixa

etária de 15 a 64 anos de idade, já foram testados para o HIV alguma vez na vida. Enquanto que 63,9% nunca foram testados.

França Junior, Calazans e Zucchi (2008) publicaram estudo sobre as mudanças no âmbito da testagem para o HIV no Brasil entre 1998 e 2005 e observaram que houve um crescimento no número de testagens por demanda livre, de 13,5% para 20,8%. Entretanto, não houve aumento significativo entre os homens. Os indivíduos que menos testaram para o HIV eram solteiros, desempregados e estudantes. Em 2005, a testagem foi significativamente menor entre os heterossexuais, sem doenças sexualmente transmissíveis (DST) e sem filhos. Segundo o MS, o Brasil enfrenta o grande desafio do diagnóstico tardio para o HIV com sintomatologia da doença em muitos casos. Por este motivo, a testagem deve ser estimulada de maneira rotineira e regular, pois se trata de um procedimento que veio para desburocratizar, ampliar o acesso e o conhecimento das pessoas sobre seu estado sorológico (BRASIL, 2017a).

Conhecer seu estado sorológico influencia diretamente em todos os componentes da prevenção combinada orientada pelo MS. Essa questão deve ser mais amplamente discutida no cotidiano do profissional de saúde principalmente no atendimento ao jovem. Aconselhar e oferecer o teste rápido são primordiais para o jovem que se coloca em muitas situações de risco para as IST. Neste estudo, observamos que muitos não usam preservativo sempre e são vulneráveis à essas infecções.

Em relação à cirurgia de fimose, a maioria dos jovens do grupo (70,70%) informou que não realizou. A fimose é a aderência balanoprepucial e constrição no prepúcio que impede a exposição total da glândula, dificulta a passagem da urina, a higienização local e propicia a proliferação de microorganismos (BRAZ, 2014). Sobre este tema há controvérsias. Existem estudos que verificaram aumento do risco de infecção pelo HIV após a circuncisão e estudos que mostram um efeito protetor de 40 a 60% na redução do risco de HIV entre homens heterossexuais em áreas de alta prevalência do vírus devido à transmissão heterossexual, como ocorre na África. Há evidências, também, de redução na prevalência do HPV e na transmissão do vírus herpes simplex tipo 2 (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

Acredita-se que a conduta sexual do jovem é influenciada por diversos fatores que precisam ser mais amplamente discutidos, sobretudo, os socioculturais que afetam diretamente a atitude e tomada de decisão pelo grupo. Conscientizar os jovens acerca das IST e dos métodos de prevenção é uma temática relevante, contudo envolve uma gama de

aspectos que esbarram em nós críticos e perpassam o conhecimento dos porquês do comportamento humano e assunção de comportamentos de risco.

CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação demonstraram que os objetivos foram alcançados, contudo, apesar de exitosa, os dados revelaram motivo de preocupação. Os jovens de ambas as instituições apresentaram, de maneira geral, comportamento de risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST). Comparativamente, as atitudes adotadas pelos universitários do sexo masculino das duas instituições foram similares quanto às práticas sexuais e de prevenção, sendo observadas diferenças pontuais já discutidas.

As hipóteses sugeridas também foram ratificadas pelos resultados obtidos nesta pesquisa. Muito desse comportamento de risco pode ser explicado por fatores sócio- culturais que permeiam a vida desses jovens e moldam suas masculinidades. Neste estudo, observamos uma concentração de práticas típicas da masculinidade hegemônica que, aliadas às características próprias da juventude, justificam este cenário preocupante de um pensamento viril e invulnerável que levam os jovens a adotarem comportamentos de risco sexual.

Então, como trazer esse homem jovem, cujo pensamento é de invulnerabilidade, virilidade e despreocupação com o futuro, para dentro das unidades de saúde? Como estimular atitudes saudáveis e promover o autocuidado desse público? Como preparar os profissionais e serviços para atender essa demanda de maneira integral e individualizada?

Os esforços e as respostas para essas questões são complexos considerando que essa discussão ultrapassa fatores biológicos. Trata-se de repensar valores sócio- culturais, crenças, modos de vida, entre outros, e a repercussão destes fatores nas atitudes sexuais adotadas pelos jovens. Acredito que seja necessário o emprego de estratégias simultâneas na busca de resultados positivos para a saúde dos homens jovens frente às IST. As ações precisam intervir mais em fatores sócio- estruturais, por meio da promoção da saúde e da educação popular, não apenas naqueles de cunho biomédico, como é habitual.

Este aspecto da discussão reflete diretamente na prática do enfermeiro que tem, por formação, uma consolidada experiência em educação em saúde. Contudo, o homem jovem ainda não ganhou espaço de discussão nas grades curriculares das universidades. Logo, o profissional que entrará para o mercado de trabalho buscará, por meios próprios, estratégias que julguem adequadas, provavelmente aquelas de cunho biomédico, que vão solucionar pontualmente a demanda masculina. O primeiro passo, portanto, é ampliar essa reflexão dentro das universidades com futuros profissionais da área da saúde. Deste modo,

promovemos futuramente discussões multidisciplinares entre as equipes que atenderão esses jovens.

Ainda dentro desse universo de formação, a interface com a educação escolar também agregaria uma discussão mais densa se o tema fosse discutido desde a infância, de maneira apropriada para a idade. O assunto seria abordado com mais frequência e, portanto, mais oportunidades de reflexão, guiadas por profissionais, seriam criadas, aproveitando a vivência grupal tão estimada pelos jovens. O assunto deixaria de ser abordado pela primeira vez de maneira informal, entre os colegas, justamente quando o jovem está iniciando sua vida sexual. O contato antecipado com o tema dentro de sala de aula formaria jovens melhor informados, mais resilientes. A sugestão seria, portanto, de fortalecimento das ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), estratégia que articula educação e rede básica de saúde, de papel fundamental na integralidade das ações e desenvolvimento da cidadania.

Essa parceria com a educação também é bem-vinda dentro das universidades no processo de formação dos jovens de outros cursos diferentes da área da saúde. A abordagem do tema dentro do espaço universitário consolidaria uma discussão já iniciada na educação básica.

Em relação à assistência, a aproximação da academia é necessária para promover a reflexão dos profissionais acerca de sua prática cotidiana. Durante a investigação, observamos que além da ausência desse público nos espaços de saúde, apontou-se também para um despreparo por parte dos serviços, seja estrutural ou de recursos humanos. Atualmente, os profissionais da atenção básica atendem segundo os moldes da estratégia de saúde da família, segundo orientação do Ministério da Saúde (MS). Entretanto, apesar do atendimento visar o olhar integral do indivíduo e estimular o fortalecimento do vínculo, o profissional se vê responsável por uma população adscrita que muitas vezes não propicia um atendimento de excelência pelo volume de demanda das diversas linhas de cuidado.

Sob este aspecto, há necessidade de capacitações e os serviços de terem espaços de reflexão dentro de sua programação para os diversos assuntos referente às demandas dos homens jovens. Os espaços de discussão a respeito da saúde do homem jovem no âmbito assistencial são escassos ou inexistentes em muitas unidades básicas de saúde. Em reunião de equipes ou até no planejamento das ações, observa-se atividades de educação em saúde programadas voltadas para grupos específicos como gestantes, pacientes diabéticos e hipertensos, tabagistas e isso se repete em muitas unidades de atenção primária à saúde (APS).

Talvez, os grupos de educação em saúde não sejam a melhor estratégia para alcançar os jovens porque eles não têm costume de frequentar as clínicas da APS estando saudáveis. Contudo, há que se promover ações também programadas para esse público. Ações extramuros, nas universidades, nas escolas e a aproximação com os professores em sala de aula seria uma busca pelos jovens dentro dos seus espaços de convivência.

Os incentivos governamentais de investimento direcionado para essa população também é importante. O assunto precisa ser mais discutido nos veículos de comunicação de massa e não apenas em campanhas pontuais a grupos específicos. É necessário desvelar e quebrar tabus. As IST não escolhem grupos específicos. Precisamos dar voz à juventude masculina que não se encaixa em grupos de maior vulnerabilidade, mas que é uma das populações mais atingidas por esse agravo.

Este estudo é mais um estímulo para que novas pesquisas sejam desenvolvidas sobre este tema que está longe de se esgotar. Apesar do conhecimento científico vasto disponível, a discussão sobre a saúde sexual do homem jovem sob o aspecto da prevenção de IST, ainda precisa ser melhor explorado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G.A. et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 607–614, out./dez. 2014.
- ALMEIDA, L.M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 23, n.1, p. 91–96, 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Male circumcision: task force on circumcision. **Pediatrics**, Evanston, v. 130, n. spec., p. 751–785, Sept. 2012.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 347–353, dez. 2015.
- ARENT, J. H. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- ARENT, M. Gênero, desejo e erotismo: um caso de comparação entre “Clubes de Mulheres” em Buenos Aires e no Rio de Janeiro. **Cuadernos de Antropología Social**, [s. l.], v. 34, 69–92, 2011.
- ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção de DST / HIV / AIDS entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em um assentamento de reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1266–1273, dez. 2013.
- AYRES, R. J. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D., Freitas, C.M., (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BAETEN, J. M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **N. Engl. J. Med.**, [s. l.], v. 367, n. 5, p. 399-410, 2012.
- BARR, E. M. et al. Improving sexuality education: the development of teacher- preparation standards. **J. Sch. Health**, [s. l.], v. 84, n. 6, p. 396- 415, Jun. 2014.

BAUMGARTEN, L. Z.; GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Consumo alcoólico entre universitários (as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/ RS: subsídios para enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 530-535, set. 2012.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 637-650, set. 2012.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 34-44, jun. 2008.

BERTOLI, R. S.; SCHEIDMANTEL, C. E.; DE-CARVALHO, N. S. Estudantes universitários e a infecção pelo HIV: um estudo sobre comportamento sexual e vulnerabilidades. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 90-95, 2016.

BEZERRA, E. O. et al. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 84-91, jan. /mar. 2015.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HEPATITES VIRAIS 2017. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 24, n. 48, 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v., n. 1, 2016a.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SÍFILIS. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 47, n. 35, 2016b.

BORGES, M. R. et al. Comportamento sexual de ingressantes universitários. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2505-2515, abr./jun. 2015.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, ago. 2009.

BRASIL. **Lei n. 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.852**, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Educação. Hiato de gênero no acesso à educação superior no Brasil. Brasília. **Boletim Na Medida**, ano 6, n. 12, ago. 2017c.

_____. Ministério da Educação. **Resumo técnico**. 2. ed. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2018.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014**. Brasília, DF, dez. 2014. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&category_slug=dezembro-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Entenda por que a vacinação evita doenças e salva vidas**. Brasília, DF, [2018?]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/vacine-se#calendario>>. Acesso em 03 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em
<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/13/Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>. Acesso em 12 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204**, de 17 de fevereiro de 2016c. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 18 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF. 2015. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Versão Preliminar. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 28).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV-PEP**. Brasília, DF, 2016d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília, DF, 2016a. p. 166.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV**. Brasília, DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília, DF, 2017b.

BRAZ, A. Fimose: o que se deve saber a respeito. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 50, n. 7, p. 338- 348, jul. 2014.

CARVALHO, P. M. R. S. et al. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2015.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva- perfil sócio demográfico e motivações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, 2013.

CERQUEIRA, E. S. **Comportamento sexual e religiosidade**: um estudo com jovens brasileiros. 2008. Tese (Doutorado) – Programa de pós-graduação em psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CERQUEIRA, E. S.; KOLLER, S. O comportamento arriscado da sexualidade: o papel da religiosidade entre jovens de recursos limitados no Brasil. **Universitas Psychologica**, Colombia, v. 15, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n4/v15n4a14.pdf>. Acesso em 15 set. 2018.

CONNELL, R.; Messerschmidt J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

DANTAS, K. T. B. et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis - contribuição para cuidar em enfermagem. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 3020- 3036, jul. 2015.

DAZIO, E. M. R; ZAGO, M. M. F.; FAVA, S. M. C. L. Uso de álcool e outras drogas entre universitários do sexo masculino e seus significados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 785- 791, 2016.

DIAS, F. L. A. et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456- 461, jul./set. 2010.

DÍAZ CÁRDENAS, S.; ARRIETA-VERGARA, K.; GONZÁLEZ- MARTÍNEZ, F. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012. **Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.**, Bogotá, v. 65, n.1, p. 22-31, ene./mar. 2014.

DICIONÁRIO Aurélio online. [s. l.] 2017. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/prevencao>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

FAN, W. et al. HIV risk perception among HIV negative or status-unknown men who have sex with men in China. **Biomed Res Int.**, [s. l.], v. 2014, art. 232451, 2014.

FIGUEIREDO, W. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária. 2008. 279 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FONTES, M. B. et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017.

FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl., p. 84-97, jun. 2008.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento**. 2. ed. Brasília: UNFPA, 2010. p. 126.

GAGNON, J. H. **Uma Interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GALLI, R. A. **Roteiros sexuais de transexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual-afetivo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M.. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 9-20, dez. 2010.

GOMES, C. A. T; COSTA, J.C.V. Os jovens contemporâneos e a escola: entrevista com o sociólogo Juarez Dayrell. **Rev. Interlocução**, Belo Horizonte, v. 5, n. 5, p. 13-27, jan. 2011.

GOMES, R. Apresentação. In: Gomes, R. Organizador. **A saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 14.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010. p. 54. (Saúde e Cidadania).

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! - ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, V.L.O. et al. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 22-30, mar. 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? - as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GÓMEZ-CAMARGO, D. E. et al. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 5, p. 670- 682, sept. 2014.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 43-62, set. 2015.

GRASSO, M. A. et al. Estimando a prevalência e os preditores do uso incorreto de preservativos entre adultos sexualmente ativos no Quênia: resultados de uma pesquisa nacionalmente representativa. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 43, n. 2, p. 87-93, Jul. 2016.

GROV, C., et al. Perceived importance of five different health issues for gay and bisexual men: Implications for new directions in health education and prevention. **Am. J. Mens. Health**, New Orleans, v. 7, n. 4, p. 274- 284, Jul. 2013.

HATTORI, M. K. Confiança e uso de preservativos entre jovens adultos em relacionamentos em Dar es Salaam, na Tanzânia. **J. Biosoc. Sci.**, Cambridge, v. 46, p. 651-668, 2014.

HE, F. et al. Condom use as a function of number of coital events in new relationships. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 43, n. 2, p. 67-70, Feb. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, [200?]. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 jul. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Nota Técnica Conjunta nº 001 de 2015. **Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul**. Brasília, DF, 2015b.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.11, n. 2, p. 301-308, ago. /dez. 2012.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Ending Aids: progress towards the 90-90-90 targets**. Global Aids Update 2017. Geneva, 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Prevention Gap Report: 2016**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/2016-prevention-gap-report_en.pdf>. Acesso em: 04 set. 2017.

KOREN, A. et al. Integrating male reproductive health services: one university clinic's story. **J. Sex Marital Ther.**, London, v. 43, n.1, p.15- 23, Jan. 2017.

LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T. Uma invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV / Aids entre homens. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 143-155, set. 2015.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, abr. 2014.

LIMA, D. V. M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 10, n. 2, out. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

MAFRA, R. L. P. et al. Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 641-651, set. 2016.

MAIR, C.; PONICKI, W. R.; GRUENEWALD, P. J. Reducing Risky Sex Among College Students: Prospects for Context-Specific Interventions. **AIDS Behav.**, New York, v. 20, n. 1, p. 109-118, Jan. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715544/pdf/nihms-713016.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018

MÁRMOL, R. M.; CRUZ, R. M.; MUÑOZ, I. S. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. **Enfermería Global**, Murcia, v. 15, n. 1, p. 164-173, Ene. 2016.

MARSHALL, B.D.L. et al. Individual and Partner-Level Factors Associated with Condom Non-Use Among African American STI Clinic Attendees in the Deep South: An Event-Level Analysis. **AIDS Behav.**, New York, v. 20, n.6, p. 1334- 1342, Jun. 2016.

MIRANDA, A.E. et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao exército brasileiro, Brasil, 2007. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013.

MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, A. B.; SANTOS, A. P. Juventude e adolescência: considerações preliminares. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 457- 464, out./ dez. 2011.

MORRIS, J. L. et al. Sexually transmitted infection related stigma and shame among african american male youth: implications for testing practices, partner notification and treatment. **AIDS Patient Care STDS**, New York, v. 28, n. 9, p. 499-506, 2014.

NARDELLI, G. G. et al. Perfil dos alunos ingressantes dos cursos da área da saúde de uma universidade federal. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 1, p. 3-12, 2013.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 77, ago. 2017.

NOVAES, R.; VANNUCHI, P. **Juventude e sociedade**: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Instituto Cidadania, 2004.

NUNES, B. K. G. et al. O uso de preservativos: a realidade de adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano. **Rev. Eletr. Enf. (Online)**, v. 19, 2017 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39041>>. Acesso em:15 ago. 2018.

POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Chega a PPC: a clínica para cuidar da Saúde do Homem. **Informe Policlínica Piquet Carneiro**. Rio de Janeiro, ano 3, n. 23, 2011.

REZA, C. G. et al. Perfil de los estudiantes mexicanos en las clínicas de enfermería. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 11-16, mar. 2016.

RODRÍGUEZ, D. E. C.; VARELA, Y. P. Percepciones que afectan negativamente el uso del códon en universitarios de la costa Caribe Colombiana. **Hacia Promoc. Salud**, Manizales, v. 19, n.1, p. 54- 67, jan./jun. 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 15-30.

SAITO, M. I. Visão histórica da sexualidade. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. D.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

SAMPIERE, R. H; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANDERS, S. A. et al. Correlates of condom-associated erection problems in young, heterosexual men: condom fit, self-efficacy, perceptions, and motivations. **AIDS Behav.**, New York, v. 18, n.1, p. 128-34, Jan. 2014.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. Niterói: Impetus, 2016.

SANTOS, M. A. Prostituição masculina e vulnerabilidade às DST/Aids. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 76-84, mar. 2011.

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, maio 2010.

SCHRAIBER, L. B., GOMES, R.G., COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, supl., p.108-116, 2012.

SHOVELLER, J. A.; JOHNSON, J. L. Risky groups, risky behaviour, and risky persons: dominating discourses on youth sexual health. **Critical Public Health**, London, v. 16, n. 1, p. 47-60, 2006.

SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas de saúde. **Cad. Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009.

SILVA, R. S.; SILVA, V. R. Política Nacional de Juventude: trajetórias e desafios. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, jul. 2011.

SPINDOLA, T. et al. J. Produção de conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis na população jovem: pesquisa bibliométrica. **Rev. de Pesquisa Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 3020-3036, jul./set. 2015.

STOVER, J. **The contribution of condoms to HIV prevention**. In: GLOBAL CONDOM STEERING GROUP MEETING, 2016, Geneva. Presentation... Geneva: The contribution of condoms to HIV prevention, 2016. p. 21–23.

THEUNISSEN, K. A. T. M. et al. Chlamydia trachomatis testing among young people: what is the role of stigma? **BMC Public Health**, Londres, v. 15, n. 651, 2015.

TOLEDO, M. M.; TAKAHASHI, R. F.; GUANILO, M. C. U. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-375, mar./abr. 2011.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **Technical issue brief: the female condom is safe and effective**. Washington, DC, 2015.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro, [2007?]. Disponível em: <www.uerj.br>. Acesso em: 21 ago. 2017.

UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA. Rio de Janeiro, [2007?], Disponível em: <www.uva.br>. Acesso em: 21 ago.2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html>. Acesso em: 18 set. 2017.

YOUNG et al. Uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco entre usuários de mídias social do MSM peruano. **AIDS Care**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 112-118, set. 2015.

ZHANG, D. et al. Sexual behaviors and awareness os sexually transmitted Infections among chinese university students. **J. Infect. Dev. Ctries**, Alghero, v.7, n. 12, p. 966- 974, Dec. 2013.

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Caro estudante,

Você está participando da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis” realizada pela Prof.^a Dr.^a Thelma Spindola, tendo o objetivo de analisar a vulnerabilidade dos jovens às infecções sexualmente transmissíveis. Para preencher este questionário gostaríamos que respondesse assinalando com um X as respostas conforme o seu sexo, ou opinião e completasse as questões que exigem preenchimento.

Nº Questionário: _____ **Curso:** _____

Dados de identificação

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Qual a sua idade? _____ anos

3. Estado conjugal/ marital atual:

- () solteiro(a)/ não possui namorado(a) ou companheiro(a)
 () Tem companheiro(a) fixo(a), mas não vive com ele/ela
 () Casado(a)/vive com companheiro(a)/união estável

4. Presença de filhos? () Sim () Não

5. Situação Empregatícia: () Trabalha com remuneração () Trabalha sem remuneração () Não trabalha

6. Qual a escolaridade mais elevada que o responsável (pai/mãe/avó/tio(a)) pela sua família completou?

- () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
 () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto
 () Superior completo

7. Como você se classifica em relação a sua cor?

- () Branca () Preta () Amarela () Parda () Outra () Não sei responder

8. Você se considera uma pessoa religiosa? () Sim () Não [caso negativo pule para a questão de nº 10]

9. Qual é a sua religião?

- () Católica () Evangélica () Espírita/ Kardecista/ Umbandista () Outra () Não sigo nenhuma religião

10. Com quem você mora?

moro sozinho com meus pais com companheiro/a com familiares com amigos/colegas

11. Qual a renda da sua família? R\$ _____

12- Quantas pessoas vivem dessa renda? _____

13. Você faz uso de bebida alcoólica? Sim Não [caso negativo pule para a questão de nº 15]

14- Com que regularidade? diário fins de semana esporadicamente

15. Você costuma fazer uso dos serviços de Saúde Pública? Sim Não Em parte

16. Como você define a sua orientação sexual? Heterossexual Homossexual Bissexual Outro
Qual? _____

17. Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida? Sim Não [caso negativo pule para questão de nº 37]

18. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos

19. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual? Sim Não

20. Você utiliza camisinha em todas as relações sexuais? Sim Não

21. Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida? Sim Não

22. Você já teve relação sexual com mais de 01 parceiro no mesmo período? Sim Não

23. Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo que o seu alguma vez na vida? Sim Não

24. Atualmente você tem relações sexuais somente com pessoa do mesmo sexo que o seu? Sim Não

25. Atualmente você tem relações sexuais com homens e com mulheres no mesmo período? Sim Não

26. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? Sim Não [caso negativo pule para a questão de nº 34]

27. Você teve relação sexual com parceiros (as) fixos (as), ou seja, namorado (a), noiva, esposa, companheiro (a), etc., nos últimos 12 meses? Sim Não

28. Nas relações sexuais que você teve com esses (as) parceiros (as) fixos (as) nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?
 Sim Não

29. Você teve relação sexual com parceiros (as) casuais, ou seja, paqueras, “ficantes”, rolos, etc., nos últimos 12 meses?
 Sim Não [caso negativo pule para questão de nº 32]

30. Você teve mais do que cinco parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses? Sim Não

Para as afirmações abaixo assinale APENAS UMA OPÇÃO que reflita a sua opinião:

SENTENÇAS AFIRMATIVAS	OPINIÃO				
	Concorda Totalmente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo Totalmente
45. O risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel					
46. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV/aids.					
47. Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que uma DST seja transmitida durante a relação sexual.					
48. Se uma professora vive com HIV/aids ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola.					
49. O ato de urinar imediatamente após o ato sexual previne a ocorrência de uma DST.					
50. Tomar banho ou lavar os genitais com água e sabão após o ato sexual previne as DST.					
51. O preservativo pode não ser usado em algumas relações sexuais sem expor ao risco de contrair DST.					
52. O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha.					

53- Você buscou atendimento de saúde nos últimos 12 meses? () Sim, quantas vezes? _____ () Não

54- Você já teve alguma DST? () Sim Qual? _____ () Não () Não lembra

55- Você já fez o teste para detectar o HIV/aids alguma vez na vida? () Sim () Não

56. Você já teve relação sexual usando preservativo feminino? (APENAS PARA MULHER)
() Sim () Não

57- Você fez o exame o exame chamado Papanicolau, onde o médico ou a enfermeira coletam material para o exame preventivo de câncer? (APENAS PARA MULHER)
() Sim () Não () Não lembra

58- Quando foi a última vez que fez um exame ginecológico? (APENAS PARA MULHER)
() Neste ano () Ano passado () Há 2 anos () Há 3 anos
() Há mais de 5 anos () Nunca fez () Não lembra

59- Você já operou fimose ou fez circuncisão? (APENAS PARA HOMEM) () Sim () Não

60- Você já teve relação sexual com mulher usando preservativo feminino? (APENAS PARA HOMEM)
() Sim () Não

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instituição 1)



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: “**Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis**”, que tem como objetivos específicos: Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens.

A pesquisa tem como pesquisador responsável a Prof.^a Dr.^a Thelma Spindola e terá duração de 1 ano. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os **resultados divulgados** em eventos e **publicados** em revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consiste em responder um questionário contendo 50 questões para você assinalar. Você não terá **nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. A pesquisa não oferece **riscos** relacionados com sua participação, entretanto caso sinta desconforto, tristeza, angústia com as questões você poderá recusar a participar da pesquisa em qualquer momento ou em responder qualquer pergunta que por ventura possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Caso você necessite de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do HUPE –DISHUPE. Os **benefícios** relacionados são: conhecer a visão dos jovens acerca das DST, os mitos, preconceitos, crenças, tabus e o comportamento sexual dos jovens e contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de DST; contribuir para a formação de profissionais da saúde; estimular outros profissionais a desenvolver pesquisas com a temática.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Nome

Assinatura do pesquisador

Contato do pesquisador: Avenida 28 de Setembro, nº157 - Vila Isabel - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20551-030. Telefone: (21) 999424850 e-mail: tspindola.uerj@gmail.com

“Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com o pesquisador responsável comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar. Maracanã- Rio de Janeiro – RJ. email- [ética@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) – tel. (021) 23342180”.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Nome

Assinatura do entrevistado

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Instituição 2***Caro(a) Senhor(a)***

Eu, Thelma Spindola, enfermeira, estabelecida na Avenida Vinte Oito de Setembro, nº157 - Vila Isabe, CEP 20551-030, na cidade Rio de Janeiro, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é: Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis.

Este estudo tem como objetivos: Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens.

Necessito que o Sr.(a). autorize a avaliação que consiste em responder um questionário contendo questões para você assinalar. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco, nem trará desconfortos. Além disso, sua participação é importante para o aumento do conhecimento acerca do comportamento sexual dos jovens e sua visão em relação às IST, os mitos, preconceitos, crenças e tabus, o que pode contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de IST e para a formação de profissionais da saúde. Com relação ao procedimento em questão, não existe melhor forma de obter.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Veiga de Almeida, situado na Rua Ibituruna 108 – Tijuca, fone (21) 2574-8800 / ramal: 307 e comunique-se com o Prof. Dr. Celso Silva Queiroz.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pessoas, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado a respeito do estudo “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do informante

Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Data ____/____/____

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: Instituição 1

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis

Pesquisador: Thelma Spindola

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36520914.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 902.543

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Pesquisa: Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis de autoria de Thelma Spindola, tendo como objeto de estudo "a vulnerabilidade da população jovem às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)" e tem como objetivos: Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens. O estudo terá como participantes, 360 discentes regularmente matriculados nas seguintes unidades acadêmicas da UERJ: Faculdade de Enfermagem (ENF), a Faculdade de Engenharia Civil (FEN) e de Educação (FE). O estudo terá uma abordagem quanti-qualitativa, sendo a seleção para a abordagem quantitativa será realizada através de sorteio do número da lista de chamada. A abordagem qualitativa será realizada por convite dos discentes. As técnicas para coleta de dados serão questionário e grupo focal. A análise de dados dar-se-á através de análise de conteúdo proposto por Bardin(2007) e tabulação e análise de dados através

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 902.543

dos programas Excel 2003 e SPSS.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os aspectos culturais e sociais, o comportamento e as práticas sexuais dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Objetivo Secundário:

1- Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; 2- Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; 3- Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; 4- Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; 5- Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; 6- Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1- Quanto aos riscos:

A pesquisa não oferecerá riscos relacionados com a participação dos estudantes, entretanto caso sintam desconforto, tristeza, angústia com as questões poderão recusar em participar da pesquisa a qualquer momento ou em responder qualquer pergunta que por ventura possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Caso necessitem de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do HUPE –DISHUPE.

2- Quanto aos Benefícios:

Os benefícios relacionados são: conhecer a visão dos jovens acerca das DST, os mitos, preconceitos, crenças, tabus e o comportamento sexual dos jovens e contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de DST; contribuir para a formação de profissionais da saúde; estimular outros profissionais a desenvolver pesquisas com a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Bastante adequada e apropriada a realidade brasileira atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informa financiamento próprio;

Cronograma executável e dentro da temporalidade exigida;

A folha de rosto está assinada pela pesquisadora e como instituição proponente a diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ; e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 902.543

TCLEs adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

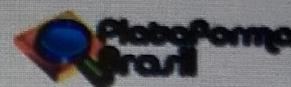
Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2015. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

**UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA**



Continuação do Parecer: 1.577.311

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_690984.pdf	08/04/2016 20:34:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/04/2016 20:33:09	Thelma Spindola	Aceito
Outros	ICD.pdf	03/04/2016 13:10:00	Thelma Spindola	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_902543.pdf	03/04/2016 13:07:53	Thelma Spindola	Aceito
Orçamento	Isencao_de_custos.pdf	03/04/2016 12:54:14	Thelma Spindola	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	03/04/2016 12:53:24	Thelma Spindola	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/04/2016 12:48:42	Thelma Spindola	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_vulnerabilidade_jovens.pdf	03/04/2016 12:48:00	Thelma Spindola	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Junho de 2016

Assinado por:
Celso da Silva Queiroz
(Coordenador)

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, casa 3, 2º andar

Bairro: Tijuca

CEP: 20.271-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1574-8800

Fax: (21)1574-8800

E-mail: cep@uva.br