

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL
Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Cultura

**Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na perspectiva de estudantes
universitários**

Maria da Graça Corrêa Lopes Wohlgemuth

Brasília
2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

WW846f Wohlgemuth, Maria da Graça Corrêa Lopes
Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na
perspectiva de estudantes universitários / Maria da Graça
Corrêa Lopes Wohlgemuth; orientador Larissa Polejack
Brambatti. -- Brasília, 2020.
153 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Psicologia Clínica e
Cultura) -- Universidade de Brasília, 2020.

1. Jovem. 2. Aids. 3. Universitários. 4. HIV. 5. Fatores
de Risco e Proteção. I. Brambatti, Larissa Polejack, orient.
II. Título.

Maria da Graça Corrêa Lopes Wohlgemuth

**Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na perspectiva de estudantes
universitários**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília como
requisito parcial para obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Polejack
Brambatti

Brasília

2020

**Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na perspectiva de estudantes
universitários**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura

Aprovado pela Banca Examinadora em ____ de _____ de 2020.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti - Presidente
Universidade de Brasília- UnB

Profa. Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos – Membro Interno
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata – Membro Externo:
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra Elizabeth Queiroz – Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Dedico esse estudo a duas pessoas incríveis que fizeram parte da minha vida e que foram fundamentais na construção da pessoa e profissional que me tornei e nas escolhas que realizei no meu processo de vida.

À minha querida tia Carla Campos, mulher-trans, guerreira, um dos primeiros casos de aids no Rio Grande do Sul, num período em que não existiam medicamentos e pouco se conhecia sobre a doença. Lutou contra o preconceito e a discriminação e sua batalha transformou minha vida. Com esse sentimento, troquei de profissão e passei a me dedicar à busca da garantia dos direitos, preconizados na Constituição Federal de 1988.

Ao Prof. Mário Ângelo Silva, esse ser humano incrível que admiro e tanto respeito! Não existem palavras para expressar o meu agradecimento! Seu empenho, suas lutas, sua amizade, dedicação e compromisso com a causa do HIV/aids transformaram a vida de muitas pessoas e seus familiares. Seu legado continua vivo em cada uma das pessoas que tiveram suas vidas transformadas com o seu trabalho. Obrigada por ter feito parte da minha trajetória de vida, meu querido professor!

Minha eterna gratidão e admiração!

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade do aprendizado, que em muitos momentos não foi fácil, mas, com a certeza de estar envolvida pelo amor, fé, esperança e resiliência, conseguimos vencer os obstáculos e continuar nossa caminhada.

À minha família: João, Vitória e Anne, porque sem o apoio constante de vocês, nada teria acontecido, vocês são os meus amores! Somos como feixe de varas, juntos somos muito mais fortes! Eternamente serei grata! Amo vocês!

À minha irmã de coração e amiga Ana Paula, que mesmo residindo em outro estado, esteve presente diariamente nessa conquista. Há 44 anos, tem sido minha maior incentivadora, exemplo de coragem e determinação.

Em especial, à minha orientadora, professora Larissa Polejack, por aceitar o desafio e acreditar que daria certo!

Agradeço à Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos, José Antônio Iturri de La Mata, que de forma acolhedora nos recebeu no Polo de Prevenção de IST/AIDS, e Elizabeth Queiroz, minha primeira orientadora, que esteve ao meu lado na troca de orientadora. Agradeço por aceitarem fazer parte da banca examinadora deste trabalho. Quero também agradecer às professoras Eliane Seidl, Sheila Murta e Maria Inês Gandolfo, pelas orientações e ensinamentos.

Minha gratidão especial aos alunos que participaram do estudo. Sem vocês, essa pesquisa não seria possível!

À Esther, que me incentivou a prestar a seleção para o mestrado. À Soraya, Lilianny, Ana, Iza e Lu, mulheres incríveis que tanto admiro, que foram fundamentais nessa trajetória. Vocês são presentes que a vida me proporcionou.

Às queridas Beatriz, Débora e Ravena, muito obrigada! Sem vocês, essa caminhada seria mais difícil.

O meu sincero agradecimento aos amigos e colegas de trabalho, e à toda equipe do Núcleo de Serviço Social do Hospital de Apoio de Brasília.

Agradeço aos profissionais do Departamento de Psicologia Clínica da UnB, vocês foram maravilhosos.

A todos que oraram, torceram por mim, por minhas conquistas, e me auxiliaram de alguma forma. Aos que cuidaram da minha saúde física, mental e espiritual, pois, com essa energia de amor, tudo fluiu e se concretizou!

*Feliz aquele que transfere o que sabe e
aprende o que ensina.
(Cora Coralina)*

Resumo

Ao longo dos últimos cinco anos, foi possível perceber uma curva ascendente de novas infecções pelo HIV em jovens. Tais dados demonstram que a prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em especial o HIV, segue sendo um desafio para os serviços de saúde, assim como para escolas e Universidades. Diante deste cenário, este estudo teve como objetivo compreender os fatores de risco e proteção em relação à infecção de HIV/aids, a partir do conhecimento de estudantes universitários, a fim de propor estratégias coerentes com os princípios da Universidade Promotora da Saúde. Foi realizado um estudo qualitativo exploratório, que aborda eixos relacionados aos fatores de risco e proteção ao HIV, as estratégias de prevenção e promoção de saúde e o conhecimento da epidemia de HIV/aids na perspectiva dos jovens universitários. Participaram da pesquisa 20 estudantes com idade entre 18 a 24 anos, divididos em dois grupos de 10 cada, sendo que o grupo 1 refere-se aos que foram convidados em espaços de circulação geral na universidade, enquanto o grupo 2 é composto por estudantes que procuraram o Polo de Prevenção de IST/AIDS. Evidenciou-se ao final da pesquisa que os jovens estudantes universitários apresentam dúvidas sobre fatores de risco, sendo também recorrente a confusão entre os conceitos de prevenção e proteção para infecção pelo HIV. Desse modo, foi constatado que o conhecimento dos jovens possui lacunas acerca do que é o HIV e a aids e, portanto, faz-se necessário que sejam realizadas constantemente ações de educação em saúde, assim como estratégias que viabilizem ações de prevenção para a infecção do vírus do HIV.

Palavras-chave: Jovem; Aids; Universitários; HIV; Fatores de Risco e Proteção.

Abstract

Over the past five years, it has been possible to notice an upward curve of new HIV infections in young people. Such data demonstrate that prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs), especially HIV, remains a challenge for health services, as well as for schools and universities. In face of this scenario, this study aimed at understanding risk factors and protection against HIV/AIDS infection, based on the knowledge of university students, to propose strategies consistent with the principles of the Promoting Health University. An exploratory qualitative study was carried out, addressing axes related to risk factors and HIV protection, strategies on prevention and health promotion, and knowledge on the HIV/AIDS epidemic from the perspective of young university students. Twenty students aged between 18 and 24 years old participated in the research and were divided into two groups of 10 people each. Group 1 refers to those who were invited in general circulation spaces at the university, while group 2 comprises students who sought for the IST/AIDS Prevention Pole. At the end of the survey, it was evident that young university students have doubts about risk factors, and confusion between the concepts of prevention and protection for HIV infection is also recurrent. Thus, it was observed that the knowledge of young people has gaps on what HIV and AIDS are, and therefore, it is necessary to constantly carry out health education actions, as well as strategies that enable prevention actions to HIV infection.

Keywords: Youth; AIDS; University Students; HIV; Risk Factors and Protection.

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Dimensões Consideradas pelo Modelo de Prevenção Combinada do HIV	32
<i>Figura 2.</i> Mandala da Prevenção Combinada	34
<i>Figura 3.</i> Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.	38

Lista de Tabelas

Tabela 1	22
Tabela 2	22
Tabela 3	23
Tabela 4	69
Tabela 5	70
Tabela 6	97
Tabela 7	101
Tabela 8	107
Tabela 9	111
Tabela 10	114

Lista de Abreviaturas e Siglas

AD	Análise do Discurso
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovuedina
CoAP	Coordenação de Atenção Psicossocial
CoAVS	Coordenação de Atenção e Vigilância em Saúde
CoEduca	Coordenação de Articulação da Comunidade Educativa,
CoRedes	Coordenação de Articulação de Redes para a Prevenção e Promoção da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Ciências Humanas e Sociais
DACES	Diretoria de Acessibilidade
DASU	Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária
DCCI	Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DDS	Diretoria de Desenvolvimento Social
DEAC	Diretoria de Esporte e Atividades Comunitárias
DF	Distrito Federal
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e das Hepatites Virais
DIV	Diretoria da Diversidade

DRU	Diretorias do Restaurante Universitário
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECH	Expressões-Chave
EUA	Estados Unidos da América
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção da Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAD	Instrumento de Análise de Discurso
IC	Ideias Centrais
ICC	Instituto Instituto de Ciências Centrais
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Continuada
PEP	Profilaxia pós Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição

REBRAUPS	Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde
RIUPS	Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde
RS	Representações Sociais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria da Representação Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/aids
UnB	Universidade de Brasília
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas

Sumário

Apresentação	16
1. Cenário Epidemiológico do HIV/aids	19
2. Políticas Públicas, Mobilização social e o Enfrentamento do HIV/aids	25
2.1. A abordagem da Prevenção do HIV/aids	29
2.2 A juventude e a epidemia de HIV/aids	37
3. A Universidade como espaço de Prevenção e Promoção da Saúde.....	45
4. Saúde e Representações Sociais	50
5. Objetivos	56
5.1. Objetivo Geral	56
5.2. Objetivos Específicos	56
6. Método	57
6.1 Cenário de realização do estudo	58
6.2 Participantes	59
6.3 Coleta de dados: instrumentos e procedimentos	60
6.3.1 Instrumentos	61
6.3.2 Procedimentos	62
6.4 Análise das Informações.....	64
6.5 Cuidados Éticos.....	67
6.6 Riscos.....	67
6.7 Benefícios.....	68
7 Resultados e Discussão.....	69
7.1. Características sócio – demográficas dos participantes.....	69
7.2 Análise de dados dos grupos 1 e 2.....	71
Considerações Finais.....	127
Referências.....	137
Apêndice A – Roteiro das Entrevistas Semiestruturada	148
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150
Anexo – Aprovação no Comitê de Ética	151

Apresentação

Realizar um estudo sobre HIV e jovens surgiu da vontade de entender por que está ocorrendo um aumento recente do número de casos de jovens se infectando pelo vírus do HIV. As universidades têm, enquanto maioria do corpo discente, pessoas com idade entre 18 a 24 anos, e torna-se portanto fundamental compreendermos qual é a percepção desses jovens sobre os fatores de risco e proteção para infecção do HIV, seguindo o pressuposto de que se trata de uma população com maior grau escolaridade e que supostamente teria maior conhecimento sobre o tema. Dessa forma, realizar o estudo na universidade foi o meio que encontrei para devolver um pouco o que recebi da instituição onde realizei a graduação, especialização e finalizo o mestrado. Espero levar, através desse estudo, observações que venham a melhorar a qualidade de vida dos estudantes e da comunidade.

A vontade de trabalhar com HIV surgiu no final da década de oitenta, quando eu cursava Engenharia Mecânica, época que uma tia materna foi diagnosticada com aids. Esse período foi marcado por muitas incertezas e dúvidas frente ao que se apresentava na área da saúde e o enfrentamento ao HIV e à aids. Conviver no Hospital de Clínicas em Porto Alegre com a rotina de auxiliar minha mãe, tias e avó nos cuidados com minha tia, me fez perceber que a engenharia não era o campo de trabalho que eu queria.

Observei, no dia a dia hospitalar, como se davam as relações entre profissionais de saúde, família e pacientes, vivenciando a rotina das pessoas, o diagnóstico da doença, a ausência dos familiares, as condições dos pacientes, a luta por medicações e exames, o contexto social e político da época, a insegurança dos que ali circulavam, os relatos de abandono e preconceito, o medo que envolvia muitos que ali estavam para o enfrentamento de uma doença ainda pouco conhecida e sem cura. Esse contexto me fez trocar a área de

atuação e realizar o vestibular para Serviço Social, o que ocorreu meses após a morte da minha tia em 1994 e a minha vinda para Brasília.

Ao ingressar na Universidade de Brasília (UnB), conheci o professor Mário Ângelo Silva, o qual me convidou para realizar estágio no Projeto Convivência (Ações Integradas de estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/aids e familiares) do Hospital Universitário de Brasília, onde passei a desenvolver atividades de assistência direta às pessoas vivendo com HIV e seus familiares. No final dos dois estágios, permaneci como bolsista até terminar a graduação, tendo-o como orientador do trabalho final. Após a graduação, surgiram convites de trabalho em outras áreas de saúde, o que acarretou o meu distanciamento da possibilidade de trabalhar com o tema HIV. Contudo, anos depois, vi no mestrado a oportunidade de dar continuidade ao que trouxe sentido para minha vida profissional, sendo esse estudo não apenas um sonho de realizar o mestrado, mas um projeto de vida, pois foram as experiências que tive no contexto dos primórdios da epidemia da aids que pautaram minha vida profissional.

Dessa forma, esta pesquisa despertou o desejo de investigar quais são os fatores de risco e de proteção para infecção do vírus HIV na percepção dos jovens universitários. O primeiro capítulo apresenta os conceitos e cenário epidemiológico do HIV/aids. No segundo, são apresentados as políticas públicas, a mobilização social e o enfrentamento do HIV/aids. Em seguida, são tratadas as abordagens da prevenção do HIV/aids e as mudanças do perfil epidemiológico, trazendo à tona a juventude e a epidemia de HIV/aids. O terceiro capítulo trata sobre a Universidade como espaço de Prevenção e Promoção da Saúde, enquanto no quarto são relacionadas a Saúde e as Representações Sociais.

A seguir, apresentam-se os objetivos da pesquisa e em seguida, a discussão sobre a metodologia adotada. A partir daí, é iniciada a apresentação da pesquisa qualitativa com o método do Discurso do Sujeito Coletivo, no qual as expressões individuais coletadas, as

ideias centrais/ancoragens e as respectivas expressões-chave semelhantes constroem um ou vários discursos-síntese, que apresentam sentidos semelhantes e então agrupadas em categorias (Lefèvre & Lefèvre, 2005). Ademais, são apresentados também os cuidados éticos envolvidos na realização dos procedimentos de pesquisa.

No capítulo de resultados e discussão, são apresentados os discursos que os jovens estudantes universitários percebem sobre os fatores de risco e proteção para infecção do HIV, as reflexões sobre os conteúdos levantados nas entrevistas realizadas, relacionando-os à literatura. A última seção, relativa às considerações finais, traz uma síntese dos principais temas que surgiram no estudo, assim como as possibilidades de estratégias que proporcionam ações de prevenção e promoção de saúde.

1. Cenário Epidemiológico do HIV/aids

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS foram identificados na década de 1970 nos Estados Unidos da América – EUA. Contudo, a doença apenas foi reconhecida em meados de 1981, quando um número elevado de pacientes homossexuais masculinos apresentou infecções oportunistas como *Sarcoma de Kaposi*, pneumonia causada pelo fungo *Pneumocystis Carinii* e o comprometimento do sistema imunológico (Marques, 2002).

A aids¹, tem como causa o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e nos primeiros anos da epidemia, além dos homossexuais, foram infectados principalmente os hemofílicos, profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis. A sigla AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi adotada oficialmente no segundo semestre de 1982, quando a doença se tornou uma evidência universal, ao contrário de muitos outros termos que surgiram, tais como “peste gay” e “câncer gay”. Com o passar dos anos, o perfil da epidemia de HIV/aids foi se modificando e no início dos anos 1990 emergiu a necessidade de se construir novas políticas e estudos que atendessem às demandas oriundas do aumento do número de casos por transmissão sexual e do crescimento do número de mulheres infectadas (França, 2008).

Conseqüentemente, foi imprescindível que se realizassem debates para a construção de novas políticas e estudos que tratassem do tema que emergia, pois o número de casos novos estava aumentando. Ao longo da epidemia, foram notadas mudanças nos padrões de transmissão, elevando o número de mulheres heterossexuais que passaram a se infectar com o vírus através da transmissão sexual, gerando, em consequência, um aumento nos casos de

¹ O termo “aids” será utilizado conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde, enquanto nome adotado para se referir à patologia e não como sigla, grafado, portanto, em letra minúscula.

transmissão vertical de mulher gestante soropositiva para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação (França, 2008).

No Brasil, a luta contra a epidemia teve importante participação dos movimentos sociais, em que a sociedade civil passou a se organizar pelos direitos universais de acesso ao tratamento, distribuição de medicamentos e insumos de prevenção, assim como na luta contra o estigma e a discriminação. Com o decorrer dos anos, o movimento de luta contra a aids se expandiu e passou a se articular com o Estado para a construção de políticas públicas no enfrentamento da aids, baseadas na concepção de saúde como direito e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988 (Pereira & Nichiata, 2011).

Segundo os dados do Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde (2019), de 1980 a junho de 2019, foram identificados 966.056 casos de aids no Brasil, com uma média de 39 mil casos novos nos últimos 5 anos. Notificou-se, de 2007 a junho de 2019, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e 21.979 (7,3%) na região Centro Oeste (Ministério da Saúde, 2019).

Pode-se observar ainda que, no período de 2007 a junho de 2019, a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% de ocorrência. Com relação à escolaridade, no mesmo período, verificou-se um elevado percentual de casos ignorados, 25,5%. Já nos casos com escolaridade informada, 20,7% do total apresentaram o ensino médio completo (Ministério da Saúde, 2019).

Ademais, segundo as informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2019), a maior concentração dos casos de aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Nessa faixa etária, observa-se que 52,4% dos casos são do sexo masculino e as mulheres correspondem a 48,4% do total registrado de

1980 a junho de 2019. Entre o grupo feminino, observam-se reduções nas taxas de detecção de todas as faixas etárias. Além disso, entre 20 a 29 anos, os índices de detecção dos homens são quase quatro vezes maiores do que os números das mulheres. Destaca-se também o aumento da taxa de infecção entre jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, que foram, respectivamente de 62,2% e 94,6% entre 2008 e 2018. Observou-se o que em todas as regiões, a via sexual foi a principal via de transmissão entre homens e mulheres

Entre os homens, no ano de 2018, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de homossexual (46,5%) e bissexual (42,8%), enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual. No mesmo ano, a região Centro-Oeste mostrou a maior proporção de infectados predominantemente na categoria de exposição homo/bissexual (40,3%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (38,7%) (Ministério da Saúde, 2019).

A proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 2,4% dos casos entre homens e 1,5% dos casos entre mulheres no ano de 2018 (Ministério da Saúde, 2019).

No âmbito do Distrito Federal, as atividades de vigilância epidemiológica são regulamentadas pela Portaria nº 140, de 08 de agosto de 2016. Constam na publicação as competências de cada esfera de gestão, bem como os agravos de notificação compulsória exclusivos do DF em seu anexo e as Fichas de Notificação Individual de cada agravo/doença. O fluxo de informação está disponível na página do Sinan por meio do portal eletrônico.

O Informativo Epidemiológico de HIV/aids, das Subsecretaria de Vigilância à Saúde e Secretária de Saúde do Distrito Federal (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018), apresenta a situação de saúde da população do DF. Em 1982, foram notificados os primeiros casos de aids no Brasil, e no Distrito Federal a primeira notificação ocorreu em 1985. Da

primeira notificação até dezembro de 2018, o DF registrou 10.928 casos de HIV, sendo que destes, 3.152 ocorreram no período de 2013 a 2018 (DF/SVS, 2019).

Em 2018, o coeficiente de detecção do HIV foi de 22,9 casos por 100 mil habitantes, representando uma estabilização em relação aos anos anteriores e mais de 50% dos casos novos de HIV concentraram-se na faixa etária de 15 a 29 anos. Além disso, a prevalência maior no DF ocorre em grupos populacionais específicos, denominados populações-chave, ilustrando a vulnerabilidade à infecção do HIV (DF/SVS, 2019).

Os dados do SINAN NET DF, extraídos em 14/08/2020, apresentados nas Tabelas 1 e 2, apontam que, no primeiro semestre de 2020 no DF, 105 jovens entre 18 e 24 anos foram diagnosticados com HIV, sendo 102 homens e 03 mulheres.

Tabela 1

Frequência por Ano Diagnóstico de HIV segundo sexo masculino e Idade

Idade detalhada	2016	2017	2018	2019	2020	Total
18 anos	12	8	6	10	4	40
19 anos	18	15	14	13	7	67
20 anos	36	33	28	33	8	138
21 anos	24	34	26	23	17	124
22 anos	16	29	31	15	20	111
23 anos	33	37	32	44	15	161
24 anos	29	35	37	35	31	167
Acumulado	168	191	174	173	102	808

Tabela 2

Frequência por Ano Diagnóstico de HIV segundo sexo feminino e Idade

Idade detalhada	2016	2017	2018	2019	2020	Total
18 anos	2	0	0	2	0	4
19 anos	1	2	1	0	0	4
20 anos	2	2	3	2	1	10
21 anos	1	0	2	4	0	7
22 anos	4	2	1	1	2	10
23 anos	2	2	4	2	0	10

24 anos	3	5	6	0	0	14
Acumulado	15	13	17	11	3	59

A mesma fonte de dados demonstrou que houve uma redução de diagnóstico de HIV nos últimos seis anos, representado na Tabela 2, sendo que dos nove casos diagnosticados, todos foram referentes ao sexo masculino, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3

Frequência por Ano Diagnóstico de HIV segundo Idade

Idade detalhada	2016	2017	2018	2019	2020	Total
18 anos	0	2	1	4	0	7
19 anos	7	3	1	4	2	17
20 anos	6	5	6	4	1	22
21 anos	8	8	5	13	2	36
22 anos	10	9	7	5	0	31
23 anos	10	9	12	6	3	40
24 anos	18	7	11	8	1	45
Acumulado	59	43	43	44	9	198

Segundo os dados Informativos Epidemiológicos de HIV/aids de 2019 e as tabelas apresentadas referente ao primeiro semestre de 2020 pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde/Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o DF, em resposta à epidemia de aids, considera as especificidades das populações e suas complexidades para atuar de forma que permita a população ter acesso as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento. (DF/SVS, 2019 e 2020).

Tendo em vista o avanço da doença ao longo dos anos, o Estado Brasileiro, a partir do trabalho conjunto com gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes de movimentos sociais, foi pautando as necessidades que emergiam do contexto epidemiológico. Além disso, a partir de estudos e colaboração mútua, se construiu uma rede de atenção especializada que viabilizou o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Dessa

forma, contribuiu-se para que ocorresse a redução do índice de pessoas mortas em decorrência do vírus, assim como a viabilização ao acesso da população às políticas públicas (Ministério da Saúde, 2019).

2. Políticas Públicas, Mobilização social e o Enfrentamento do HIV/aids

As políticas de saúde em relação ao enfrentamento do HIV/aids no Brasil se desenvolveram a partir do conhecimento científico de estudiosos em relação à doença, assim como da participação e articulação dos diferentes segmentos sociais, instituições governamentais e não governamentais, que formularam respostas à epidemia. Segundo Marques (2002), a primeira resposta política ao HIV/aids no Brasil teve início no ano de 1982, quando ocorreram as primeiras notificações de casos de aids. Nesse período, surgiram diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs), com o objetivo de prestar serviço e atender as demandas da população com a doença, principalmente durante o período inicial, em que se existia uma realidade marcada pelo medo, preconceito, estigma e discriminação.

No final dos anos 1980 e início de 1990, surgiu um crescente número de programas nos estados e após esse período, ocorreu a reorganização no Programa Nacional de AIDS (PNA), onde foram estabelecidas as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia, sendo então reconhecida pelo Governo Federal como um problema de saúde pública. A partir do trabalho conjunto do Estado brasileiro com representantes de movimentos sociais, gestores, estudiosos e profissionais de saúde, consolidou-se uma rede de atenção em HIV/aids no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços qualificados e especializados.

Estes se concretizaram por meio de um conjunto de práticas, conhecimentos técnicos e de gestão, que buscaram garantir a integralidade da atenção, a universalidade e a equidade, viabilizando o acesso à testagem sorológica e ao diagnóstico, bem como a obtenção de tratamento e métodos de prevenção. A busca da consolidação dos princípios do SUS foram fundamentais para que ocorresse a redução da morbimortalidade por aids, a diminuição das

taxas de transmissão vertical do vírus e do aumento da expectativa de vida de pessoas que vivem com HIV (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo Laurindo e Teixeira (2015), os anos de 1983 a 1986 correspondem à primeira fase da epidemia da aids no Brasil, período em que foram estruturadas as primeiras ações para o controle da doença no país, em que os estados realizaram as primeiras intervenções. Esse período foi marcado pelo limitado conhecimento sobre a doença, quando se acreditava que as pessoas que se infectavam com o vírus do HIV faziam parte de grupo de risco, e que eram necessariamente homossexuais, travestis, mulheres trabalhadoras do sexo e bissexuais. As primeiras medidas públicas relativas à aids no Brasil ocorreram nas regiões Sul e Sudeste, sendo que no estado de São Paulo, os primeiros casos foram atendidos na Escola Paulista de Medicina no início de 1983.

No mesmo ano, foi criado o Programa de Controle da AIDS, que além de estabelecer a notificação compulsória, construiu um serviço com apoio de várias áreas técnicas como assistência, diagnóstico, realização de exame laboratoriais, informes sobre os aspectos epidemiológicos, etiológicos, clínicos e preventivos, boletim informativo informando sobre a doença e as formas de transmissão, além da elaboração e distribuição de material por profissionais a todas instituições de saúde e a instalação de uma linha telefônica que ficou conhecida como Disque – AIDS.

Ainda segundo os autores, em setembro de 1984, foram notificados os primeiros casos de aids por transmissão heterossexual, retratados em duas mulheres. A exemplo de São Paulo, o Programa de AIDS do Rio Grande do Sul foi criado no Departamento de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, porém ele não foi necessariamente seguido por todas as unidades da Federação. No Rio de Janeiro e Minas Gerais, as primeiras ações voltadas para o atendimento dos pacientes de aids foram criadas em serviços de hospitais universitários, motivados por interesse médico ou científico. Em 1985, nos EUA,

iniciou-se a comercialização do teste, a sorologia anti-HIV, nascendo assim a categoria de soropositivos, e nesse mesmo ano, o Instituto de Saúde da Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde de São Paulo tornou-se o Centro de Referência Nacional, sendo o primeiro lugar a realizar treinamentos em DST/aids em âmbito nacional, organizando os dados de notificações do número de casos em todo país. Finalmente, em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS pelo Ministério da Saúde (Laurindo & Teixeira, 2015).

Nessa mesma época, os usuários de drogas injetáveis, mulheres e hemofílicos passaram a fazer parte da população infectada pelo HIV, sendo essa população denominada como “comportamento de risco”, conceito esse que foi se modificando desde o início da epidemia. Esse período foi marcado pela fundação da primeira Organização Não-Governamental (ONG) com atividade no Brasil, o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids (GAPA), que ganhou legitimidade frente à sociedade civil na busca dos direitos sociais das pessoas acometidas pela doença. Nesse mesmo ano, os antirretrovirais passaram a ser vendidos no mercado internacional com o nome de Zidovudina ou AZT, trazendo esperança para os doentes.

O cenário político brasileiro no final da década de 1980 estava envolto em intensa mobilização política e social frente ao processo da aprovação do texto final da Constituição Federal de 1988, assim como a organização do sistema de saúde e de sangue, período em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado, complementando o sistema privado de saúde por meio de contratos públicos ou convênios (Souza et al, 2010).

Em 1991, ocorreu a primeira compra de AZT pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Dessa forma, afirma-se que a inserção do tema da aids na agenda pública e a formulação e implementação de políticas públicas que contribuíssem para conter o aumento de casos de aids no Brasil são resultantes da articulação entre a sociedade civil organizada e o Estado (Monteiro & Villela, 2009).

Em 1991, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição gratuita de antirretrovirais (AZT) e de medicamentos para doenças oportunistas, mas essa medicação nem sempre era acessível a todas as regiões e pacientes. No ano de 1992, passou-se a veicular na TV e nos jornais informes alertando para o risco de transmissão pelo uso de drogas injetáveis, recomendando o uso de seringas e agulhas individuais e descartáveis. Ademais, nesse período ocorreram divergências entre as políticas realizadas pelos estados e as diretrizes do Ministério da Saúde em relação ao uso do preservativo como estratégia de prevenção, que passou a ser considerado como método de prevenção somente em 1999. Em 1993, foi realizado um acordo com o Banco Mundial com a finalidade de negociar empréstimo para o combate à epidemia no país (Laurindo & Teixeira, 2015).

O Primeiro Programa Oficial de Redução de Danos por uso de drogas injetáveis no Brasil e na América do Sul foi implementado no ano de 1995, e a resposta brasileira para o enfrentamento à epidemia de HIV/aids teve impacto em outras áreas da saúde pública, tais como o controle da qualidade dos hemoderivados, do uso de drogas injetáveis, da saúde no sistema prisional, além da Política Nacional de Medicamentos para aids. Até 1987, não havia distribuição de medicamentos a pacientes em tratamento ambulatorial, e somente os que estavam hospitalizados tinham acesso gratuito a terapias para doenças (Souza, et al, 2010).

Em meados de 1996, foi adotada a terapia antirretroviral combinada e em setembro de 2000, foi realizada pelo governo federal a adoção de licença compulsória para a produção nacional de dois medicamentos fornecidos aos pacientes brasileiros, por meio da qual o custo estimado estaria muito abaixo dos preços oferecidos pelas companhias detentoras das patentes. Em 2003, a resposta nacional à epidemia de HIV/aids foi reconhecida mundialmente, como exemplo de política pública de saúde, pela oferta universal e gratuita dos medicamentos e por ser um programa interministerial, com diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica (Laurindo & Teixeira, 2015).

Tal época foi marcada pela visibilidade das vulnerabilidades das pessoas acometidas pelo HIV/aids, sendo que o termo vulnerabilidade tem sua origem na advocacia internacional pelos Direitos Humanos, que assim designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Ministério da Saúde, 2000).

2.1. A abordagem da Prevenção do HIV/aids

É necessário, ao se abordar tal tema, elucidar os conceitos de prevenção e proteção à saúde. A proteção à saúde está ligada aos direitos dos cidadãos e exige a atuação do Estado na garantia de conhecimento e seu acesso de forma universal. O Estado brasileiro tem dever constitucional de proteção da saúde, a partir da regulação, formulação e implementação de políticas e educação, tendo em vista seu impacto na saúde da população (Lobato & Giovanella, 2013). A ação de proteção se incorpora à cidadania e estabelece o direito fundamental à saúde, com foco em gerar a redução do risco, protegendo a saúde dos cidadãos.

No Brasil, quem realiza esse serviço básico é o Sistema Único de Saúde (SUS), pelas vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental, além de desenvolvimento científico, educacional e tecnológico, além de ações de inovação, as quais constituem práticas sanitárias que, em seu conjunto buscam proteger a saúde da população (Ministério da Saúde, 2013). Outros aspectos são indispensáveis para esse processo, como o saneamento básico, integridade física, o controle das substâncias tóxicas e radioativas, cuidado do meio ambiente e o ambiente de trabalho.

Em contrapartida, segundo o trabalho clássico, mas ainda relevante de Leavell & Clarck (1976), a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento

da história natural, com finalidade de tornar improvável o progresso da doença. Assim, são as ações que envolvem a coletividade, sempre respeitando as diferenças e singularidades, bem como as concepções de risco e vulnerabilidade, com o objetivo de controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. O preservativo, por exemplo, é um insumo na estratégia de prevenção, sendo o método mais eficaz para prevenir o HIV e outras ISTs.

Segundo Ayres (2002), ao longo dos anos, a compreensão sobre a abordagem de prevenção foi se modificando. Inicialmente foi trabalhada a ideia de grupo de risco, período onde o desconhecimento acerca da doença ainda era grande e se tinham poucos subsídios para o enfrentamento da epidemia, acreditando-se que a transmissão se realizava pela via sexual e era localizada em alguns grupos populacionais específicos, como homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis e trabalhadoras do sexo.

Posteriormente, o conhecimento científico adquirido no decorrer do tempo acerca do vírus foi se modificando, assim como a forma de se trabalhar a prevenção, que passou da perspectiva de que alguns grupos se infectavam com o vírus do HIV, para a visão de que existem comportamento de risco, ou seja, práticas adotadas individualmente ou em grupo que aumentam o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível. O consumo de álcool, drogas, compartilhamento de seringas e a atividade sexual sem proteção são fatores que potencializam o risco de um indivíduo adquirir uma doença.

No entanto, mesmo com todo conhecimento adquirido por meio dos avanços tecnológicos e científicos, o acesso universal ao tratamento e os desafios da prevenção continuam a ser pontos estratégicos quando se trata das vulnerabilidades ao HIV.

Ayres (2002) afirma que os aspectos de vulnerabilidade que implicam em uma situação de risco e de fragilidade estão associados a fatores econômicos, ambientais e sociais, caracterizados pela rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero, assim como a

intolerância à diversidade, especialmente de orientação sexual, e o limitado diálogo com as novas gerações. O autor define vulnerabilidade em três dimensões: individual, social e programática, observando que a vulnerabilidade às doenças pode se apresentar de maneiras diferentes segundo as características dos indivíduos, dos grupos sociais e da operacionalização dos serviços de saúde.

Na vulnerabilidade individual, estão envolvidas as características dos indivíduos, destacando-se a adesão ou não ao tratamento. Já a vulnerabilidade social indica as condições do contexto e suas implicações para que uma doença se perpetue, envolvendo as questões econômicas, estigmas, discriminação e as questões de gênero. A vulnerabilidade programática enfatiza o acesso a insumos e serviços de qualidade, atrelados ao direcionamento dos recursos sociais existentes, para que os indivíduos na sociedade se fortaleçam em relação a uma determinada doença ou agravo em saúde, que no caso do presente estudo, se caracteriza por serem os jovens universitários. Sendo assim, torna-se importante que a comunidade acadêmica tenha à sua disposição serviços que contribuam com ações resolutivas e de qualidade.

As políticas públicas voltadas para o enfrentamento do HIV são elaboradas com a função de desenvolver ações de assistência, promoção da saúde e estratégias de prevenção para o controle da epidemia, que, através dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, possam garantir o acesso universal, equânime, integral e descentralizado. Desse modo, as estratégias surgiram para responder às necessidades específicas de determinados segmentos da população, considerando suas especificidades, além das formas de transmissão do vírus (Villarinho et al, 2013).

Desde 2013, o então Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde intensificou estudos e tecnologias no uso de medicamentos antirretrovirais como medida de prevenção, colocando o Brasil em visibilidade mundial como protagonista no

enfrentamento à epidemia. Após o início da terapia antirretroviral, a aids passou a ser considerada uma doença crônica, que, se tratada de maneira adequada, diminui a probabilidade de adoecimento e morte, visando à qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2013).

Assim como a epidemia do HIV foi se modificando desde a sua descoberta, a prevenção também teve seu processo de reorganização, visando a atender demandas dos novos cenários complexos que se apresentavam aos sujeitos e à sociedade. A estratégia de prevenção que passou a ser utilizada foi o uso combinado de intervenções de diferentes abordagens, tais como a biomédica, a comportamental e estrutural, sendo aplicadas a nível individual, comunitário e social (Ministério da Saúde, 2017b).

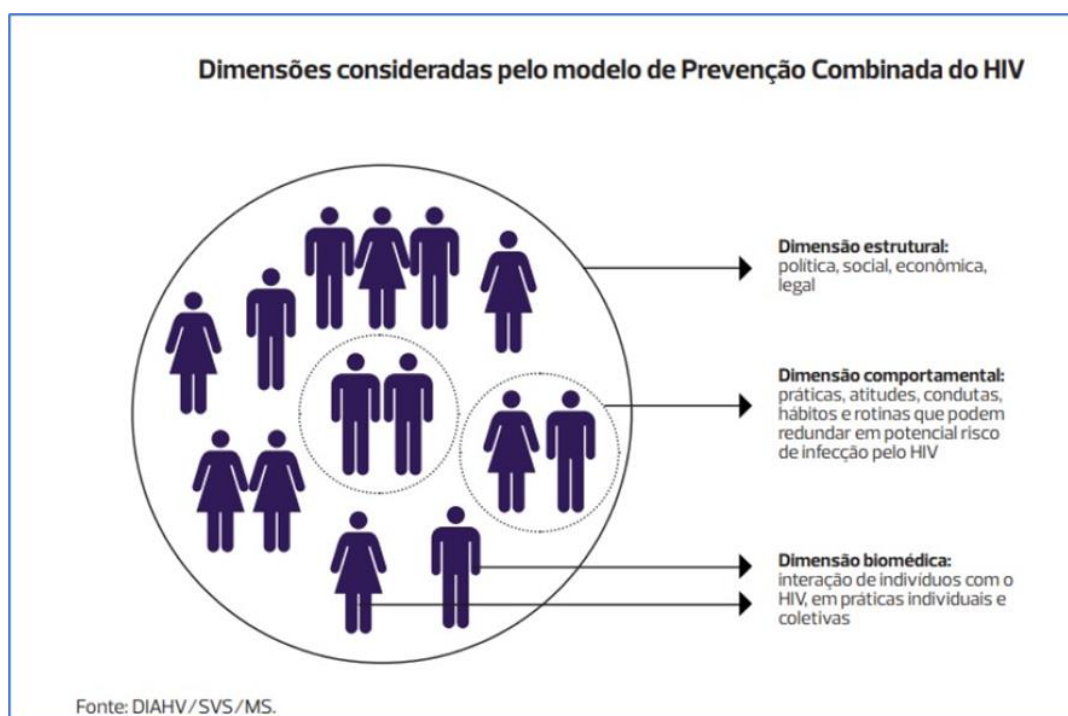


Figura 1. Dimensões Consideradas pelo Modelo de Prevenção Combinada do HIV
Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Na prevenção combinada, a dimensão biomédica se destaca pelo acesso à testagem e ao tratamento, uso de preservativos masculino ou feminino, uso de gel lubrificante,

tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e consulta com médicos sobre as profilaxias pré (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV. A dimensão comportamental refere-se às intervenções voltadas ao comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco, compreendendo os determinantes sociais da saúde como aspectos fundamentais serem considerados. Por conseguinte, as intervenções estruturais buscam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV (Ministério da Saúde, 2017b).

Ademais, passou-se a utilizar o conceito de vulnerabilidade desenvolvido a partir da possibilidade de exposição da pessoa à infecção pelo HIV e da chance de adoecimento, resultante de aspectos individuais, coletivos e dos diferentes contextos sociais em que determinada população está inserida. Desse modo, questões de saúde são vistas como questões sociais, numa perspectiva de saúde pública e de garantia de direitos através de políticas públicas específicas para cada público-alvo (Ayres, 2009).

Para que se tenha resposta ao HIV, faz-se necessário que se combine a ação de várias medidas, tais como a biomédica, a comportamental, a qualificação e reestruturação dos serviços de saúde, a reestruturação das políticas públicas, as medidas de redução de danos, a diminuição das desigualdades, o combate ao estigma e o trabalho de prevenção (Gonçalves et al, 2020).

Por conseguinte, a apresentação da Mandala de Prevenção Combinada é uma forma de demonstrar os nove eixos necessários para se trabalhar a prevenção do HIV, sendo o uso do preservativo feminino ou masculino associada ao gel lubrificante a primeira medida mais básica e eficaz. Em sequência, as ações apresentadas são: tratar todas as pessoas vivendo com HIV/aids; realização regular de testagem para HIV e outras infecções sexualmente

transmissíveis além das hepatites virais; uso de profilaxia de Pós-Exposição (PEP)² e profilaxia Pré-Exposição (PrEP)³; a prevenção da transmissão vertical da mãe para o bebê; imunização e tratamento de outras ISTs e hepatites virais; diagnóstico e tratamento de pessoas com HIV; e redução de danos – medida praticada para diminuir o risco de infecções ou ISTs (Ministério da Saúde, 2017b).

Atualmente, são várias as maneiras de enfrentamento da epidemia, mas é necessário que as pessoas se empoderem dessas ferramentas, que são as medidas de prevenção combinada, cabendo a cada um tomar a decisão de escolha a partir do que faz sentido para si, sendo capazes de tomar decisões embasadas (Parker, 2019).

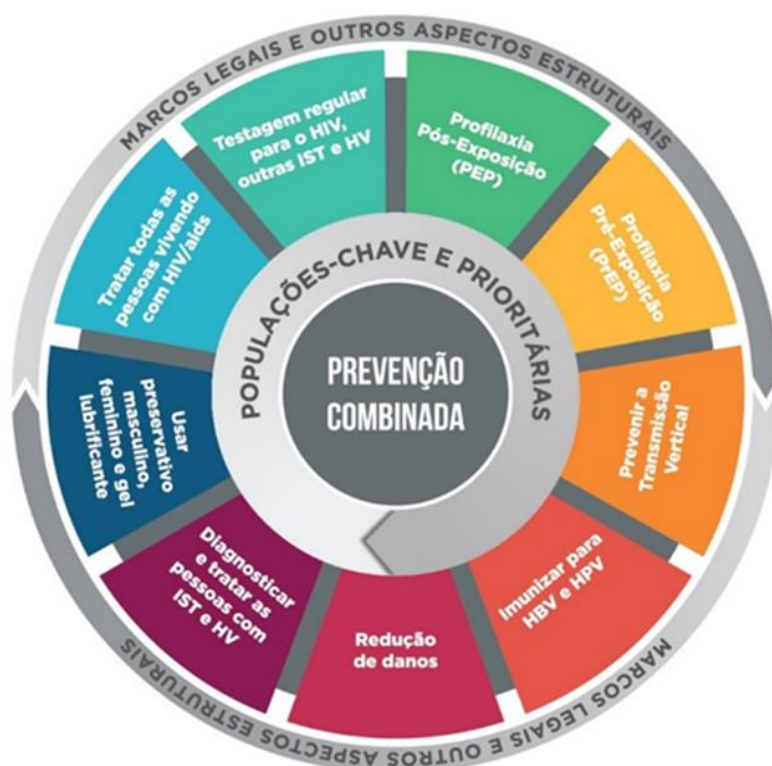


Figura 2. Mandala da Prevenção Combinada

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

² A profilaxia de Pós-Exposição (PEP) é indicada quando há um risco de infecção, tendo como prazo para o início do tratamento até 72 horas após a exposição, com duração de 28 dias.

³ A profilaxia Pré-Exposição (PrEP) passou a ser disponibilizada pelo SUS em 2017 para as pessoas não infectadas, mas que são mais propensas ao risco, no caso de casais onde um seja soropositivo.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), mudanças nas estratégias de prevenção ainda devem ser realizadas para que os países consigam alcançar a proposta das Nações Unidas, sendo a meta denominada “90-90-90”, onde 90% das pessoas infectadas estejam diagnosticadas, 90% dessas tenham acesso ao tratamento antirretroviral e 90% dessas tenham carga viral indetectável até 2020 (Ministério da Saúde, 2017a). Uma vez alcançado o objetivo proposto para 2020, a nova meta será “95-95-95” em 2030, quando a realização do teste deverá ocorrer o mais cedo possível, para que em casos de resultado positivo, o tratamento seja iniciado de forma eficiente e rápida.

A epidemia brasileira tem se concentrado em alguns segmentos populacionais que, muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência para o HIV superior à média nacional. Tais segmentos são denominados de populações-chave e populações prioritárias. Primeiramente, compreende-se por populações-chave aquelas que estão mais vulneráveis à infecção, quais sejam: homens que fazem sexo com homens; as pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; e as(os) trabalhadoras(res) do sexo. Em segundo lugar, por populações prioritárias entende-se a população de adolescentes e jovens, a população negra, a população indígena e a população em situação de rua, cujo riscos estão relacionados às dinâmicas sociais e as especificidades que envolvem cada grupo social (Ministério da Saúde, 2017b)

Para conhecer, descrever e interpretar as respostas epidêmicas das doenças, faz-se necessário conhecer suas estimativas de prevalência e incidência, verificando quais são as tendências de trajetória da doença, podendo, a partir daí, entender o processo de tomada de decisões relacionadas às medidas de controle e de recursos para o enfrentamento e ações de políticas públicas. A prevalência se caracteriza por apresentar os casos existentes de uma doença, em um determinado momento, divididos pela população em risco de ter a doença,

enquanto a incidência é representada pelos novos casos da doença, em uma população definida durante um período específico, divididos pela população em risco (Ministério da Saúde, 2020).

Cabe ressaltar que, no ano de 2017, foi apresentado um relatório que demonstrou que há um número crescente de casos de jovens vivendo com o vírus do HIV. Essa tendência epidemiológica manteve-se nos anos seguintes, indicando que essa população permanece se contaminando, sendo que nesse grupo, a transmissão do vírus do HIV se dá predominantemente pelo meio sexual (Ministério da Saúde, 2017b;2018; 2019).

Mesmo em face dessa realidade, no ano de 2019, por meio de um decreto presidencial, o governo federal modificou a estrutura do departamento que promove o combate à aids no Ministério da Saúde. Dessa forma, ocorreu a extinção do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, o qual passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). É a primeira vez, desde o surgimento dos primeiros casos de aids no Brasil e após todos os esforços para a elaboração de políticas públicas que defendem os ideais de saúde como direito preconizado pela Constituição Federal, que ocorre tal fato. Essa mudança tem sido criticada pelos grupos que representam o movimento nacional na luta contra a aids, pois reivindicam a falta de diálogo como a sociedade civil organizada. Segundo Bervir (2011), deve-se ampliar a participação da sociedade nos processos decisórios das políticas públicas, proporcionando experiências democráticas de organização e ações da sociedade, visando a uma governança democrática, atendendo as demandas tanto do Estado quanto da sociedade e movimentos sociais.

Para Rossetto et al (2019), é necessário estarmos atentos aos vários tipos de silenciamentos que podem ocorrer por parte dos profissionais, das pessoas acometidas pela

doença, da sociedade e do Estado. Esse silenciamento pode causar invisibilidade, influenciando na qualidade dos serviços prestados.

2.2 A juventude e a epidemia de HIV/aids

Desde os primórdios da pandemia de HIV/aids, o perfil epidemiológico da doença foi se modificando. Atualmente, o aumento dos casos na população jovem no decorrer dos anos tem levado à necessidade de se discutir amplamente o tema nos vários setores da sociedade. Afirma-se isso pois tal assunto envolve valores culturais e questões sociais importantes, por ser uma questão relevante para a saúde pública e para a qualidade de vida das pessoas jovens. Para tratar sobre o tema HIV/aids na população jovem, faz-se necessário compreender que a Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescentes aqueles indivíduos entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como adolescência as idades entre 10 e 19 anos. Atualmente, por conveniência, agrupam-se ambos os critérios para denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens.

Tendo em vista que a média de idade de ingresso nas universidades é por volta de 18 anos, o grupo de estudantes universitários adequa-se dentro dos parâmetros de idade da população que tem apresentado curva crescente na prevalência de novas infecções pelo HIV, e segundo o Anuário Estatístico de dezembro de 2019 da Universidade de Brasília, 85,45% dos estudantes com matrícula ativa têm entre 18 a 24 anos. Já segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, o Brasil tem 47,3 milhões de jovens, de 15 a 29 anos de idade. (IBGE, 2019). A figura abaixo demonstra o aumento de casos diagnosticados para a população de jovens.

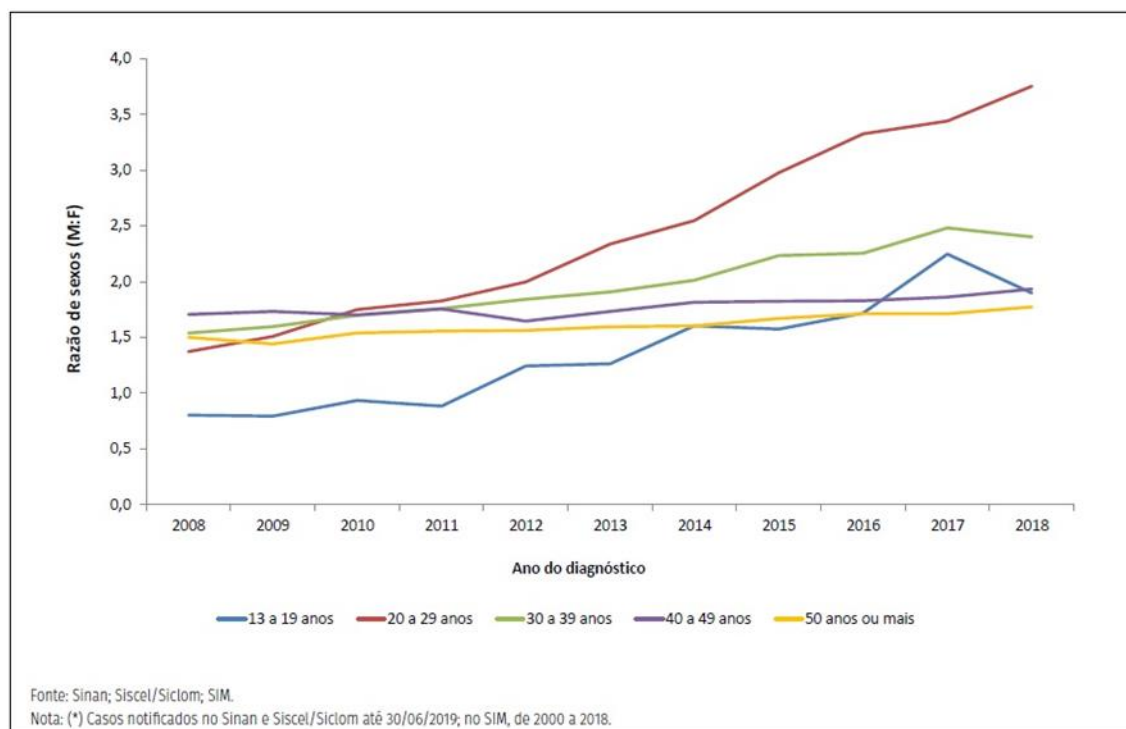


Figura 3. Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.

Fonte: Boletim Epidemiológico (2019).

Segundo Gil (2016), é necessário que ocorram estudos e engajamento científico para saber mais sobre o comportamento sexual de jovens de universidades brasileiras, pois é preciso trabalhar sobre o tema HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis nas instituições de ensino. Isso porque universidades e faculdades são espaços que podem contribuir para a redução de casos de infecção pelo HIV em jovens, já que propiciam a diversidade, o diálogo e a convivência entre estudantes, professores e a comunidade. Dessa forma, fica evidenciada a importância de ações de educação em saúde, visando a promover o conhecimento que possibilite aos jovens uma compreensão adequada sobre prevenção e promoção de saúde, diminuindo a chance de vivenciarem comportamentos de risco.

No trabalho de revisão sistemática sobre educação sexual nas escolas de Furlanetto et al (2018), afirma-se que é necessário o desenvolvimento do sentimento de pertencimento e de compreensão dos significados sociais para se conhecer quais são os papéis sexuais e as representações culturais que possibilitam a aproximação entre indivíduos, para que assim,

as informações de prevenção possam dar sentido aos jovens. O estudo apresentou que o período ideal para que a abordagem seja realizada é a partir do 5º ano do ensino fundamental, devendo ocorrer em espaço específico, com temas sugeridos pelos adolescentes, cabendo ao profissional realizar a organização e a inclusão de novos temas que sejam relevantes e que não tenham sido citados pelo grupo. É importante que as abordagens visem ao diálogo, à reflexão e à ressignificação das informações para proporcionar ações preventivas e de caráter emancipatório, tanto no aspecto formativo quanto informativo, considerando o contexto em que os jovens vivem, respeitando a diversidade sexual e de gênero, possibilitando a vivência da sexualidade com liberdade e responsabilidade.

Todavía, para Bermúdez et al. (2017), Pérez-Pérez et al. (2015), Fonte et al. (2018), Lindong et al. (2017), Fu et al. (2018) e Oliveira et al. (2017), o meio universitário é onde os jovens buscam conhecimento e novas experiências, aumentando a probabilidade de vivenciarem atitudes de risco, ou seja, se envolver em relações sexuais sem o uso de preservativos, em contexto que poderá aproximá-los de fatores de risco e torná-los mais vulneráveis. Os autores apresentam em seus estudos que a probabilidade de um jovem se infectar com HIV está associado ao baixo conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis.

Para exemplificar, é preciso elucidar sobre diferentes resultados encontrados em pesquisas em algumas universidades. Desse modo, na Universidade de Chontales, na Costa Rica, Nicarágua, realizou-se um estudo qualitativo com dezesseis estudantes, onde foi observado que a falta de informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a influência do machismo para o não uso de preservativo, assim como a ausência de diálogo entre jovens e seus familiares são fatores de risco para o aumento de casos de infecção para HIV entre jovens. Os estudantes responderam que vislumbram a universidade como um lugar de liberdade e de possibilidade de fala, tendo em vista que nela se sentem livres para

conversarem e se manifestarem livremente. São locais onde se conversa sobre relacionamentos, relação sexual, políticas públicas, ações, afinidades, grupos sociais, doenças e métodos contraceptivos, de modo natural e diversificado (Pérez- Pérez et al., 2015).

Por conseguinte, o estudo de Bermúdez et al (2017) se caracteriza por ser uma pesquisa quantitativa, com uma amostra de 1.343 estudantes de universidades públicas e privadas de Cuzco, no Peru, e apresentou que o não uso de preservativos, a realização de poucas testagens, assim como o consumo de álcool e drogas antes das relações sexuais são os possíveis riscos de infecção pelo HIV. Tal contexto justifica a importância de ações de educação em saúde para tal população no início da graduação, evidenciando a necessidade de intervenção em prevenção e promoção em saúde, em que a prevenção deve ser embasada em uma perspectiva do desenvolvimento humano e do curso de vida, em relações interpessoais, assim como nas condutas de risco que possam influenciar nos processos de saúde e doença. Além disso, é necessário que ocorra o desenvolvimento e o investimento em trabalhos que visem à redução de danos quanto ao uso de álcool e outras drogas, tendo em vista que sua redução é importante para manutenção da qualidade de vida da comunidade acadêmica.

O estudo de corte prospectivo quase-experimental realizado por Oliveira et al (2017) com 1.303 estudantes de Coimbra, em Portugal, apresentou que pessoas socialmente influentes podem ser úteis na difusão de informações de prevenção, porque podem atuar como fontes de influência positiva aos jovens, tanto sobre o uso de preservativos como sobre outras maneiras de prevenção. Da mesma forma, segundo o estudo descritivo, prospectivo e transversal com abordagem qualitativa de Sales et al (2016), realizado com 819 universitários da área de saúde dos cursos de enfermagem, biomedicina, educação física, farmácia, nutrição, fisioterapia e psicologia. A maioria dos jovens considera necessário

abordar nas escolas e universidades temas que tratem sobre promoção de saúde sexual, pois os alunos possuem pouco conhecimento sobre o HIV/aids, sendo portanto, vulneráveis à doença.

Outro dado importante é o aumento da probabilidade de um jovem não utilizar preservativo se tiver ingerido alguma bebida alcoólica, mesmo ele reconhecendo que essa atitude acabe por ampliar a exposição ao risco (UNAIDS, 2017). Nesse sentido, o trabalho de Lindong e Dennis (2017), realizado com 365 estudantes de uma Universidade no nordeste dos EUA, apresentou que a uso de álcool e drogas ilícitas leva ao aumento da libido e a diminuição do poder de raciocínio, levando os jovens a não utilizarem o preservativo. Esse estudo também evidenciou a falta de conhecimento sobre o tema HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis no contexto pesquisado.

Entre os fatores de risco para infecção pelo HIV representados em um estudo quantitativo com 3.314 estudantes de Ciências e Tecnologia de Hubei na China, destacam-se a discriminação e o estigma como fatores que dificultam a procura por centros de testagem, fazendo com que os índices sejam baixos e ocorra atraso no início do tratamento, pois o diagnóstico acaba por acontecer tardiamente (Fu, Shi, Yan, LI, Han, Li, Wang, 2018).

Na pesquisa realizada por Pérez-Pérez et al. (2015), foi apresentado que a população de jovens encontra na universidade uma grande fonte de influências de novos conhecimentos e experiências, saindo da supervisão diária da família, pois passam a residir muitas vezes sós, em regiões diferentes de seu contexto familiar, passando a vivenciar situações antes não experienciadas, e dessa forma correm mais risco a situações de vulnerabilidade.

No contexto brasileiro, um estudo descritivo exploratório realizado em escola pública estadual em Fortaleza – Ceará, analisou o comportamento sexual de 234 adolescentes com idade entre 13 a 19 anos, e os motivos para o não uso do preservativo foram diversos, variando desde crenças de que o preservativo diminui o prazer, confiança na fidelidade do

parceiro, uso de pílula anticoncepcional, falta de preservativos no momento do ato sexual e dúvidas sobre a transmissão do HIV. Esses são, segundo Chaves et al (2014), os fatores apontados que contribuem para a vulnerabilidade dos jovens. Os autores apresentam a necessidade de implementação de programas educacionais com linguagem clara, objetiva, dinâmica e lúdica sobre HIV/aids, pois a escola é um espaço que os jovens conhecem e onde se sentem confortáveis.

Taquett et al (2019) apresentaram os resultados de um estudo qualitativo realizado em quatro hospitais do Estado do Rio de Janeiro, com jovens do sexo masculino soropositivos. As infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a aids em adolescentes são problemas graves ainda poucos visíveis no campo da saúde. Os entrevistados não acreditavam que pudessem se infectar, sendo a via sexual a mais frequente em ambos os sexos para a exposição ao HIV. Os jovens relataram ainda que não há nada a ser feito para se prevenir, pois a prevenção depende do comportamento de cada um. Segundo o estudo, para os jovens, não existe falta de conhecimento, mas sim a falta de autocuidado, e eles se consideram culpados no caso de infecção, pois não pensam nas consequências de seus atos. Finalmente, os autores enfatizam a necessidade de ampliação nas ações educativas, tais como palestras e campanhas preventivas, apontando como fator de risco para infecção do HIV: a falta de diálogo e a falta de entendimento das famílias sobre o tema.

Todos esses estudos apresentados demonstram a necessidade de ações que atendam as demandas dos jovens, e as universidades podem contribuir com estratégias que viabilizem o acolhimento e o atendimento das demandas que emergem da população acadêmica, realizando parcerias com o Estado, a sociedade, e os movimentos sociais. O SUS preconiza a educação e a promoção da saúde como seus pilares, sendo que a educação se caracteriza por ser um processo que potencializa a capacidade das pessoas no cuidado da saúde, além de aflorar a necessidade de gestores e profissionais da área discutirem sobre o tema, para que

se alcance uma atenção à saúde de acordo com as necessidades emergentes da população (Alves & Aerts, 2011).

Muitos têm sido os desafios a serem enfrentados para que essa população tenha suas demandas atendidas. Para que isso ocorra, é necessário haver o apoio social, a construção de uma rede social formada pelo conjunto de pessoas ou instituições que estão interligadas por relações interpessoais, onde se pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações, com o objetivo de enfrentamento das necessidades das pessoas envolvidas. A rede é composta por família, parentes, vizinhos, amigos e instituições, tais como de saúde e de assistência (Sanicola, 2008).

De acordo com Vermelho (2015), a rede social é uma estrutura composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações que compartilham valores e objetivos comuns, sendo que a maior contribuição da teoria das redes sociais para o entendimento da sociedade é o fato de que ela articula vários setores da sociedade. Assim, a assistência à saúde e os processos educativos têm um papel significativo na determinação do processo saúde-doença, visando à implementação de práticas integrais e ao fortalecimento de ações de promoção em saúde, sempre respeitando as diferenças culturais e compartilhando responsabilidades nos processos decisórios nas atividades de planejamento e implementação de estratégias de saúde.

Segundo Czeresnia (2009), as ações preventivas definem-se como intervenção orientada a evitar o surgimento de doenças e agravos na população, tendo como objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco ou de agravos específicos. Elas ocorrem através de projetos de prevenção e educação em saúde, que são estruturados mediante a divulgação de informações e recomendações normativas de mudanças de hábitos. Existem serviços e programas desenvolvidos pelas políticas públicas, além de redes compostas por serviços privados e sociais, nas quais se organizam e promovem

a articulação entre seus membros, para que se possa atender a população e suas especificidades (Lolis & Souza, 2016).

As políticas públicas precisam ser capazes de oportunizar conhecimento sobre prevenção, maior desenvolvimento de autonomia e incentivar práticas de promoção da saúde e autocuidado, sendo necessário envolver a família nas atividades de prevenção, na ampliação do diálogo entre os jovens e seus familiares, além de estratégias educativas mais eficazes. À exemplo da França, em que a educação sexual é uma exigência legal, existindo nas escolas o serviço de saúde escolar com profissionais permanentes em todas instituições de ensino médio (Taquett et al. 2019), sendo necessário repensar constantemente sobre como reorganizar serviços como esses, para que as demandas da população sejam atendidas.

Fica claro que as políticas públicas precisam focar nesse viés educativo, em diferentes grupos da sociedade. Dessa forma, além das escolas, as universidades são espaços onde podem ocorrer intervenções que venham privilegiar e estimular ações, criando ambientes que favoreça a saúde individual e coletiva, proporcionando um contexto promotor de saúde para seus docentes, discentes e à comunidade.

3. A Universidade como espaço de Prevenção e Promoção da Saúde

A Universidade, como formadora de conhecimento, tem grande importância no contexto social e nas políticas públicas, pois é nela onde pesquisas são realizadas e o pensamento se constrói criticamente, potencializando, assim, a transformação da sociedade através do conhecimento. São espaços organizadores de produção e difusão de conhecimentos, e de desenvolvimento de saberes para formação profissional, reflexão crítica e mudanças sociais. Para enfrentar essa nova realidade, as universidades necessitam estar preparadas para acolher as demandas oriundas da comunidade acadêmica, entre elas, a implementação de políticas de saúde. Desse modo, as instituições de estudo se apresentam como um espaço que possui um grande potencial para contribuir para a promoção de saúde dos alunos e da comunidade, propiciando a diversidade e o diálogo (Severino, 2002).

Nas últimas décadas, o conceito de promoção de saúde vem sendo reformulado. Em 1976, Leavell e Clarck a definiram como um elemento primário de atenção em medicina preventiva, que, anos mais tarde, passou a ser valorizado na América e Europa Ocidental, relacionando-se com as condições de saúde. Essa nova perspectiva de saúde trazia ao sujeito e aos grupos sociais a ideia de fortalecimento, empoderamento e autonomia do sujeito, abandonando a concepção de saúde relacionada a doença (Buss, 2000). Em 1986, a Carta de Ottawa foi o grande marco do movimento de promoção da saúde no mundo. Ela trata do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, com ênfase em recursos sociais como alimentação, moradia, lazer, renda, justiça social, equidade, educação e demais condições que garantam o bem-estar da população (Moura, 2018).

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde envolve a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da

saúde. Ela se caracteriza como uma prevenção de maneira mais ampla, tendo em vista que se refere às medidas tomadas para o aumento da qualidade da saúde e o bem-estar da população, embasadas na transformação das condições de vida e de trabalho que estão relacionados aos problemas de saúde.

Para que ocorra essa transformação, faz-se necessária uma abordagem de ação intersetorial (Czeresnia, 2009). Ela implica numa articulação entre saberes técnicos e populares, a partir da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução das questões de saúde (Buss, 2000). Nesse sentido, Carvalho e Gastaldo (2008) apresentam como estratégias que priorizam a constituição de políticas públicas saudáveis, além da criação de ambientes sustentáveis, a reorientação de serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento das ações comunitárias. Assim, para que ocorra uma prática democrática e efetiva de promoção da saúde, é preciso uma potencialização do sujeito como agente transformador de sua realidade. A promoção da saúde é vista como estratégia de fortalecimento e enfrentamento de saúde, sendo que para tanto, é necessário articular os saberes técnicos e populares, a partir da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução das questões de saúde (Buss, 2000).

Uma das formas dessa potencialização se dá no âmbito universitário. Segundo Almeida (2017), a iniciativa de Universidades Saudáveis surgiu em 1977, através da criação de um programa realizado pela *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), baseado nas características do ambiente para enfatizar e abordar a promoção da saúde, sempre a partir da consideração dos determinantes sociais da saúde e a participação dos sujeitos no processo. Posteriormente, surgiu o movimento das Universidades Promotoras

de Saúde (UPS), que confere a essas instituições a responsabilidade na contribuição pela saúde da comunidade, assim como das populações das regiões próximas às universidades.

A partir da 1ª Conferência Internacional de Universidades Promotoras de Saúde sediada na Universidade de Lancaster, em 1996, esforços foram enviados para fortalecer os projetos das UPS (Moura & Rodrigues, 2018). Após várias conferências realizadas nos últimos anos, a Carta de Okanagan, editada no Canadá em 2015 a partir da Carta de Edmonton de 2005, apresentou a perspectiva de que uma UPS extrapola iniciativas isoladas de promoção da saúde ou prevenção de doenças. Para cada contexto, existe uma conformação para guiar um projeto diferenciado de acordo com as diferentes realidades, sempre buscando o respeito pelas necessidades sociais específicas da situação social, econômica e política de cada região (Almeida, 2017).

Segundo a definição da Carta de Okanagan, uma Universidade Promotora de Saúde (UPS) é uma instituição responsável por transformar a saúde e a sustentabilidade da sociedade contemporânea, assim como das próximas gerações, além de fortalecer a comunidade e contribuir para o bem estar das pessoas e do planeta. As universidades têm que ser um lugar onde o diálogo se consolide, onde se possibilite a reflexão interdisciplinar e diálogos para a produção de uma cultura de promoção da saúde (Moura & Rodrigues, 2018). Em função disso, optou-se por realizar esse estudo na Universidade de Brasília (UnB), pois essa faz parte da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (REBRAUPS), e está localizada no Distrito Federal, região que possui serviços de saúde e organizações da sociedade civil que realizam ações de assistência, prevenção, diagnóstico e tratamento às pessoas vivendo com HIV, e aos demais cidadãos. É importante frisar que Brasília possui apenas uma universidade federal pública, a UnB, fundada em 1962, sendo hoje a maior instituição de ensino superior do Centro-Oeste. A trajetória da Universidade de

Brasília (UnB) como Universidade Promotora de Saúde (UPS) teve início a partir de 2014, através da Faculdade de Ciências de Saúde (FS), conforme Moura e Rodrigues (2018).

A FS já se apresentava como uma instituição compromissada com o bem-estar da comunidade, alinhando suas ações com os princípios de consolidação da promoção da saúde. Em 2016, a Faculdade de Saúde (FS) ingressou na Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS). Dessa forma, é correto afirmar que ela visa ao desenvolvimento das potencialidades intelectuais, cognitivas, afetivas, físicas, psíquicas e sociais das pessoas. De acordo com Moura e Rodrigues (2018), entre as atividades de promoção da saúde realizadas pela FS, apresentam-se:

- a) Espaços Coletivos de Promoção de Saúde;
- b) Grupos de Pesquisa, Laboratórios e Observatórios da FS;
- c) Agenda Permanente de eventos;
- d) Veículos de Informação;
- e) Atividades de Extensão;
- f) Ligas acadêmicas;
- g) Projeto de Mentoria Estudantil;
- h) Revistas;
- i) Conferência de qualidade de Vida;

Em 2018, com o apoio da RIUPS e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), foi criada a Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (REBRAUPS), da qual a Universidade de Brasília é membro ativo. Para tratar sobre os temas relacionados à comunidade acadêmica, a Universidade de Brasília conta com o Decanato de Assuntos Comunitários, e suas diretorias, quais sejam:

- Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU);
- Diretoria da Diversidade (DIV);

- Diretoria de Esporte e Atividades Comunitárias (DEAC);
- Diretorias do Restaurante Universitário (DRU);
- Diretoria de Desenvolvimento Social (DDS);
- Diretoria de Acessibilidade (DACES).

Em abril de 2019, a partir de um compromisso institucional com a implementação dos princípios das Universidades Promotoras da Saúde, foi instituída a Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU). Esta diretoria é composta por quatro coordenações: Coordenação de Articulação da Comunidade Educativa (CoEduca), Coordenação de Articulação de Redes para a Prevenção e Promoção da Saúde (CoRedes), Coordenação de Atenção Psicossocial (CoAP) e Coordenação de Atenção e Vigilância em Saúde (CoAVS). A DASU tem como missão a coordenação de políticas, desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde e à qualidade de vida da comunidade universitária. Ela atua de forma intersetorial, visando à elaboração conjunta de boas práticas, assim como à construção de redes de cuidados e ao fortalecimento da mobilização para ações de prevenção e de promoção da saúde. Sendo o ambiente universitário um espaço considerado de articulação intersetorial para promover mobilizações sociais de enfrentamento às infecções sexualmente transmissíveis e outros agravos, e por ser composto predominantemente por jovens, o meio acadêmico oportuniza a realização de ações que visem à promoção de saúde, e a elaboração de estratégias de enfrentamento e de prevenção de doenças que emergem dessa determinada população (Fonte et al., 2018; Pérez- Pérez et al., 2015).

Para que as ações da DASU sejam efetivas, é muito importante que conheçam as demandas de cada segmento da comunidade universitária, que compreendam a realidade de cada território e conheçam, além de articularem, com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/SES-DF).

4. Saúde e Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma proposta teórica e metodológica que se fundamenta na inter-relação entre sujeito e objeto, num processo que possibilita a construção do conhecimento. Ela ocorre, ao mesmo tempo, nos âmbitos individual e coletivo, buscando uma manifestação que os representem e que ofereça a possibilidade de investigação da realidade, a partir do conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes constituído na inter-relação entre o individual e o social. As Representações Sociais podem ser definidas como um conjunto de conhecimentos do dia a dia construído por uma coletividade a partir dos desafios e problemas do cotidiano vivenciado pelos sujeitos, e traz à tona fenômenos que desafiam o posicionamento e a forma de pensar, agir e sentir de um determinado grupo. (Moscovici, 1978).

Villas Bôas (2004) relata que a TRS é uma conceituação psicossocial que nasce na Sociologia clássica e na Antropologia, desenvolvida a partir das obras de Durkheim. Ele foi o primeiro teórico a teorizar as Representações Sociais (RS) como um fato social que resulta da expressão de uma coletividade e não de uma consciência individual. De acordo com Oliveira (2004), o objeto de estudo da sociologia, segundo Durkheim, são os fatos sociais, independentes das manifestações individuais, propondo que é de responsabilidade da Sociologia estudar as consciências coletivas ou os fatos sociais, enquanto a psicologia deve estudar os fenômenos que ocorrem na consciência dos indivíduos – os denominados fenômenos psicológicos.

A representação social tem a função de contribuir com o processo de formação de condutas, além de prestar orientação à população. Ela traz um sentido de saber e de identidade, permitindo compreender e explicar a realidade, facilitando a comunicação social, e com intuito de conhecer um determinado grupo, seu pensamento e sua identidade (Patriota,

2007). Assim sendo, a Representação Social é uma dupla dimensão entre a sociedade e o sujeito, propondo que não existe separação entre o universo interno e o externo desse sujeito.

A construção das Representações Sociais envolve dois processos formadores: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem tem o papel de categorizar e tornar comum aos sujeitos algo que lhe parece estranho, enquanto a objetivação externaliza o conhecimento. O processo de objetivação consiste em dar concretude a um determinado conceito, buscando conhecer como um determinado grupo se apresenta. Assim, independentemente da cultura de cada população, faz-se necessário compreender o discurso de uma coletividade, para a construção de ações que tratem efetivamente as questões que surgem de uma população, com o intuito de propor ações que visem à qualidade de vida (Moscovici, 1978).

Para Loyola (2013), as Representações Sociais se apresentam no binômio saúde/doença, já que, relacionando as definições científicas e biomédicas, acabam por influenciar atitudes, comportamentos e escolhas com relação à saúde nas diferentes representações em que o indivíduo está inserido, seja elas escolares, religiosas, alimentares, entre outras. A autora considera que as definições de saúde podem variar em diferentes sociedades, bem como no interior de uma mesma, sendo importante compreender o que a saúde significa e representa, pois ela perpassa o contexto social, cultural e histórico, localizado num determinado espaço e no tempo.

Esse movimento expressa que uma ação é capaz de modificar o comportamento, recriando o meio em que ele acontece, sendo considerado como importante referência da prática cotidiana. É importante evidenciar que a TRS, aplicada à saúde, esclarece os sentidos atribuídos a saúde de forma tal que os contextos socioculturais e históricos participam desse processo, influenciando como a doença é vivenciada no cotidiano e como as ações são percebidas pelos sujeitos no processo saúde-doença (Shimizu et al., 2015).

Aplicando a noção de Representações Sociais ao contexto de saúde e doença, destacamos, conforme Scliar (2007), que os conceitos de saúde e de doença estão diretamente relacionados ao contexto cultural, social, político e econômico, considerando também os valores individuais, pois saúde e doença podem ter significado diferentes, não representando a mesma coisa para todas as pessoas.

Entre esses significados, está a concepção de doença como resultando do pecado ou maldição, como no caso dos antigos hebreus, para os quais o binômio saúde/doença era a representação divina de um deus que cura ou pune. Já na cultura xamã, a doença era causada por espírito que se apoderava da pessoa, e para que ela se curasse, era realizada a evocação de espíritos capazes de combater a doença.

Para os gregos antigos, a cura era obtida através de plantas e rituais realizados para as divindades da medicina. Com as ideias de Hipócrates, considerado o pai da medicina e citado nos textos de Platão, Sócrates e Aristóteles, a visão religiosa passou então a dar lugar a uma visão racionalizada da medicina, em que a doença é compreendida como resultado de uma causa natural e de origem humana. Trata-se de uma visão epidemiológica do problema de saúde, na qual a enfermidade é observada na relação entre indivíduo e ambiente. Além disso, para Hipócrates, a saúde era baseada no equilíbrio de quatro principais fluidos do corpo: a bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Essa concepção dialoga com a perspectiva da medicina oriental, em que a saúde está relacionada ao funcionamento harmonioso das forças vitais e do fluxo de energia de corpo.

Com o advento da modernidade, a concepção do significado saúde-doença foi se modificando. A partir de Paracelsus (1493–1541), as doenças passaram a ser consideradas como provocadas por agentes externos ao organismo, fazendo com que a alquimia e posteriormente a química passassem a influenciar a medicina, iniciando-se assim a administração de remédios químicos para tratar doenças. No século XVII, vimos o

desenvolvimento da anatomia e o desenvolvimento de um dualismo entre corpo e mente. No século XIX, os laboratórios passaram a comprovar a existência de microrganismos causadores de doenças, que poderiam ser prevenidas e curadas. Novos conhecimentos conduziram à medicina tropical, com as anotações de indicadores e estatísticos de casos relacionados ao processo saúde-doença (Scliar, 2007).

Em 1779, surgiu na Alemanha a ideia de intervenção do Estado na área da saúde pública. Posteriormente, França e outros países seguiram essa perspectiva, mas um outro conceito de saúde surgiu com o consenso entre as nações, após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito de saúde se amplia, então, passando a expressar o direito a uma vida plena sem privações. A partir do ano de 1977, surge o conceito de Christopher Boorse, segundo o qual a saúde é considerada a ausência de doença. Em 1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada na cidade Alma-Ata, foi definida a Classificação Internacional de Doenças, com a elaboração de regulamentos internacionais de saúde e de normas para a qualidade da água, a responsabilização governamental na provisão de saúde e a importância da participação das pessoas e da comunidade no planejamento e implementação dos cuidados a saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 constitui um marco da proteção a saúde. Seu art. 196 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Antes de 1988, os serviços e ações de saúde eram específicos aos que contribuíam para a Previdência Social, e aos que tinham condições de custear o tratamento de forma particular. Somente após a Constituição Federal de 1988 foi reconhecido o direito da população às ações de saúde, independentemente de contribuição. Ademais, o Sistema

Único de Saúde substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia responsável pela saúde dos contribuintes da Previdência desde 1974, quando foi desmembrado para Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) até 1990. Nesse mesmo ano, foi aprovada a Lei n. 8080, que implementou o Sistema Único de Saúde – SUS (Moura, 2013).

O SUS tem como princípios o acesso universal ao sistema público de saúde e a garantia do direito de cidadania a todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais, visando à prevenção e à promoção da saúde. Outro princípio igualmente importante é a equidade, que tem por objetivo diminuir as desigualdades tratando desigualmente os desiguais. Já a integralidade é o princípio que considera a pessoa como um todo, integrando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação. Ela pressupõe a articulação da saúde com outras políticas em diferentes áreas que influenciam na qualidade de vida das pessoas.

Gomes et al (2011) destacam a necessidade de uma política pública que produza transformações nas representações de saúde e que os profissionais que atendem no SUS exercem um importante papel no processo de atendimento à população, estimulando a participação dos usuários e reconhecendo seus direitos. Percebe-se, assim, a importância das representações sociais enquanto conjunto de conhecimentos e opiniões de um determinado grupo de indivíduos, permitindo que promovam o respeito à diversidade e a garantia ao atendimento integral às populações, visando à redução das injustiças sociais e desigualdades, razão pela qual é importante que os serviços de saúde possam estar onde a comunidade apresente maior necessidade.

Vê-se, portanto, que, no que tange às práticas de saúde, as representações sociais possibilitaram novos processos de trabalho construídos nas relações do cotidiano, uma vez

que as relações e as estratégias de intervenção em saúde são efetivadas por pessoas (Oliveira, 2013).

5. Objetivos

5.1. Objetivo Geral

O objetivo desse estudo foi compreender os fatores de risco e proteção em relação à infecção de HIV/aids, a partir do conhecimento e visão, tanto dos estudantes que buscam o Polo de Prevenção IST⁴/AIDS, quanto de outros universitários que não o procuram para a realização do teste rápido.

5.2. Objetivos Específicos

- Entender os motivos que levam os estudantes a realizarem o teste rápido de HIV;
- Compreender a percepção dos fatores de risco, de proteção e promoção de saúde dos estudantes;
- Identificar o grau de conhecimento dos estudantes sobre a Prevenção Combinada;
- Entender quais os motivos que levam os jovens a não realizarem o teste para HIV;
- Propor ações para ampliar a atuação do Polo de Prevenção de IST/AIDS na Universidade, visando à promoção da saúde e prevenção de IST no meio acadêmico;

⁴ O nome original do Polo de Prevenção na UnB era Polo de Prevenção de DST/AIDS, mas atualmente ele se denomina Polo de Prevenção de IST/AIDS. Além disso, a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Cf. <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist>.

6. Método

O presente estudo se caracteriza por ser uma pesquisa qualitativa exploratória, que aborda eixos relacionados aos fatores de risco e proteção ao HIV, estratégias de prevenção e promoção de saúde, e o conhecimento da epidemia de HIV/aids na perspectiva dos jovens universitários.

De acordo com Terence & Filho (2006), a pesquisa qualitativa é utilizada para interpretar fenômenos segundo a perspectiva dos participantes, e conhecer determinados grupos ou indivíduos em profundidade, sendo os significados mais importantes do que a representação numérica de dados. Dessa forma, ela possibilita ao pesquisador intervir em uma problemática social, tendo os participantes como parceiros no processo de construção do conhecimento sobre o tema de interesse deste estudo. O pesquisador é instrumento fundamental na coleta de dados, seja por meio de documentos, entrevistas, ou pela observação de comportamento em todo o processo de estudo. Ele deve manter o foco na aprendizagem do significado que os participantes dão ao problema, sendo que a interpretação do pesquisador não pode ser separada do contexto e dos entendimentos deles (Creswell, 2010).

Segundo autores Deslandes et al. (2013), é por meio da pesquisa científica que a realidade é ensinada e atualizada a partir das vivências, e de onde surgem os questionamentos. A pesquisa qualitativa tem uma abordagem que nos permite aprofundar a compreensão do porquê dos fatos, com aspectos não quantificáveis na explicação da dinâmica das relações sociais. Uma das técnicas mais utilizadas na pesquisa qualitativa é o método de entrevista, que proporciona o conhecimento de uma realidade experienciada pelos participantes e a apresentação de realidade, assim como do contexto social no qual o entrevistado está inserido.

González-Rey (2005) afirma que o conhecimento é um processo de construção e transformação. A construção qualitativa não se fixa na coleta de dados como ocorre na pesquisa quantitativa, mas na interpretação que ocorre em todo processo de execução da pesquisa. O pesquisador deve respeitar o caráter objetivo da construção das idéias do estudo, pois as informações aparecem com linguagem própria, sendo que a manifestação dos diferentes sujeitos estudados adquire sentido por meio da construção do pesquisador na sua relação com o participantes.

A pesquisa qualitativa faz contribuições importantes para a saúde, pois é um momento de interação e diálogo reflexivo entre o pesquisador e os participantes, proporcionando a produção de novos sentidos e de novas perguntas para pesquisas futuras. Além do mais, essa abordagem metodológica auxilia a identificação de estratégias, valoriza experiências e ainda proporciona a construção de uma prática baseada em evidências, sendo que, a partir desse processo de análise, produz um conjunto de informações que possibilite aperfeiçoar ações de promoção e prevenção de saúde (Ailinger, 2003).

6.1 Cenário de realização do estudo

O estudo foi realizado no Brasil, na região Centro-Oeste, na Universidade de Brasília (UnB), localizada no Distrito Federal. Trata-se de uma universidade pública, onde estudam ao todo 39.610 alunos, de acordo com o Anuário Estatístico de dezembro de 2019. A partir deste universo total, a população alvo são alunos regulares, ativos e registrados nos cursos de graduação no segundo semestre de 2019, com faixa etária de 18 a 24 anos, que representam 85,45% do corpo discente, totalizando 33.850 alunos. A UnB foi o cenário escolhido para realização do estudo pois tem um serviço de aconselhamento e testagem e é composta, em quase sua totalidade, pela população jovem que tem apresentado maior

aumento de novos casos de infecção pelo HIV, segundo dados do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Para que a pesquisa fosse realizada, foi escolhido o campus Darcy Ribeiro, pois a sede do Polo de Prevenção de IST/AIDS está localizado nele. Criado em 2004, ele integrava o Programa Nacional de Saúde e Prevenção nas Escolas, e, a convite realizado dos Ministérios da Saúde e da Educação, também contava com o apoio da Unesco. A proposta do Polo foi transformada em Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC), e está vigente há mais de quinze anos na Universidade de Brasília.

Com a criação da DASU, as ações desenvolvidas pelo Polo de Prevenção de IST/AIDS foram incorporadas como um serviço da Universidade pela Coordenação de Articulação de Redes para a Prevenção e Promoção da Saúde (CoRedes) da DASU, fortalecendo as ações de extensão já desenvolvidas pelo Polo de Prevenção de IST/AIDS, passando a se chamar Núcleo de Intervenções e Práticas em Prevenção às IST/HIV/Aids..

Ele está localizado no ICC Sul (A135-A136 – 3107-6735), andar de cima, ocupando duas salas, onde são oferecidas informações sobre práticas sexuais seguras, sexualidade e riscos à saúde em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Também disponibiliza insumos de prevenção, como preservativos masculinos, femininos e lubrificantes, além de oferecer testagens de anti-HIV, Sífilis e Hepatite B e C. Após os testes, é realizado o aconselhamento individual para sanar dúvidas acerca do tema e, eventualmente, há um encaminhamento para serviços de referência para atenção médica⁵.

6.2 Participantes

⁵ Cf. <http://noticias.unb.br/125-saude/3921-universidade-oferece-apoio-psicologico-e-praticas-de-bem-estar>. Acesso em 25 fev. 2020.

Participaram do estudo vinte estudantes regulares, ativos e registrados nos cursos de graduação da UnB com idade entre 18 a 24 anos. Foram organizados dois grupos compostos por dez participantes cada, escolhidos por conveniência. Ambos são referentes a estudantes universitários devidamente matriculados em cursos de graduação da Universidade de Brasília, sendo que o grupo 1 foi composto por aqueles que estavam na UnB, e o grupo 2 é referente aos estudantes que se encontravam no Polo de Prevenção de IST/AIDS para receber insumos de prevenção e/ou realizarem testagens, ação essa confirmada por pergunta prévia feita pela pesquisadora.

O estudo foi realizado em dois grupos para verificar se haveriam diferenças de resposta, tendo em vista que o Polo de Prevenção de IST/AIDS oferece insumos, testes e aconselhamentos, além de tirar dúvidas e questionamentos. Entende-se que é provável que os estudantes que haviam ido ao Polo, teriam mais conhecimento sobre o tema devido essa situação.

Em ambos, os estudantes foram convidados a participar, e os critérios de inclusão ao estudo foram: ser aluno regular de graduação de universidade pública, ter mais de 18 anos, concordar em participar voluntariamente da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permitir gravação de áudio. Os critérios de exclusão referem-se aos participantes que não faziam parte da comunidade universitária, não assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, não autorizaram a gravação de áudio e que, em qualquer momento, decidiram interromper a pesquisa.

6.3 Coleta de dados: instrumentos e procedimentos

A coleta de dados foi realizada na Universidade de Brasília, no segundo semestre de 2019, tendo início dia 03 de outubro, onde foram respeitados os preceitos éticos: o anonimato

da fala; a confidencialidade de depoimentos; a liberdade de expressão e a participação voluntária.

6.3.1 Instrumentos

Nesse estudo, foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), como instrumento de pesquisa para coleta de dados. Pode-se definir entrevista como técnica em que o pesquisador se apresenta frente ao participante e lhe formula perguntas, com objetivo de obter os dados que interessam à pesquisa. Ela é, portanto, uma forma de interação social, sendo mais especificamente uma forma de diálogo. As questões semiabertas são aquelas em que a entrevistadora faz perguntas diretas e já planejadas e deixa o entrevistado falar livremente, desde que ele se refira ao tema estabelecido, a fim de preservar a espontaneidade do processo (Duarte, 2004).

A semiestrutura nas perguntas foi efetuada para conseguir o máximo de informações dos participantes de modo completo e livre, sem que fossem estabelecidos critérios demasiadamente específicos, o que nesse caso, poderia fornecer informações pouco detalhadas. Dessa forma, a entrevista utilizada neste estudo é composta por vinte e oito questões desenvolvidas sobre o tema da pesquisa, sendo que cada questão tem como objetivo entender e compilar a percepção e o entendimento de cada entrevistado sobre o tema que norteia o estudo, referentes aos fatores de risco e de proteção para IST e sugestões para a Universidade. Ao longo das entrevistas, foram levantados dados referentes a questões de gênero, sexo biológico, orientação sexual, semestre em curso, com quem o estudante reside e área de estudo a que pertencem. As demais questões estão relacionadas aos fatores de risco e proteção para o HIV e sugestões para a Universidade.

Um segundo instrumento utilizado foi o diário de campo, em que a pesquisadora fez anotações do desenvolvimento do estudo num caderno no qual foram anotadas informações, dados relevantes que ocorreram no instante em que as entrevistas eram realizadas, detalhes da vivência quando o estudo estava acontecendo quando foram feitos os contatos, como ocorreu a gravação, bem como as vivências e emoções da pesquisadora. O diário de campo permite aos pesquisadores descreverem pessoas, objetos, lugares, acontecimentos, atividades, conversas, idéias, estratégias e reflexões. Para Afonso, et al (2015), o sucesso desse instrumento de pesquisa está relacionado à descrição detalhada de uma imagem por palavras de um local, ou pessoa, ações e conversas observadas nos detalhes, e a forma reflexiva se expressa através de idéias e preocupações dos pesquisadores, sentimentos, problemas, palpites e planos para considerações futuras, apontando o que foi aprendido e os problemas encontrados no estudo.

6.3.2 Procedimentos

Foi realizado, primeiramente, um estudo piloto, com um total de dez entrevistas que não foram contabilizadas para os resultados finais da pesquisa. A partir das entrevistas piloto, verificou-se a necessidade de reestruturar questões para que atendessem ao estudo qualitativo, de forma que os participantes ficassem livres para expressar ideias e pensamentos sobre os fatores de risco e proteção para o HIV⁶.

Segundo Mackey e Gass (2005), o estudo piloto é um teste em pequena escala que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, de modo que

⁶ Conforme se vê nos Roteiros de Entrevista Semiestruturada (Apêndice A), a questão vinte e cinco, quando realizada na entrevista com o grupo 2, refere-a como o estudante conheceu o Polo, e quando direcionada para o grupo 1, pergunta se ele(a) conhece o Polo de Prevenção de IST/AIDS. As demais questões são as mesmas para ambos os grupos.

possibilite melhorar o instrumento na fase que antecede o estudo. Trata-se da possibilidade de testar, avaliar e descobrir os pontos fracos, representando o momento de aprimorar o instrumento de pesquisa.

Após os ajustes no instrumento, participaram do estudo vinte estudantes de graduação da universidade pública do Distrito Federal, com idades entre 18 a 24 anos, sendo que dez participantes buscaram o Polo de Prevenção de IST/AIDS para realização do teste rápido de HIV e os outros dez foram convidados no ICC Sul e Norte, na entrada do restaurante universitário. Posteriormente, após adequação do roteiro, as entrevistas foram realizadas em dois grupos:

Grupo 1: Composto por dez estudantes da universidade em geral, que não se encontravam no Polo de Prevenção de IST/AIDS.

Grupo 2: Composto por dez alunos que procuraram o Polo de Prevenção de IST/AIDS, para a realização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites.

Os estudantes do primeiro grupo foram convidados a participar da entrevista de forma voluntária pela pesquisadora responsável. Após o aceite, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante do estudo e a outra cópia ficou com a pesquisadora. Ao final das entrevistas, aqueles que não buscaram o Polo foram informados da possibilidade de realizar o teste rápido gratuitamente, se assim desejassem.

Para o grupo dois, a pesquisadora se dirigiu aos estudantes que estavam no Polo e realizou o convite verbalmente. Aqueles que aceitaram participar voluntariamente leram o TCLE e assinaram as duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora. O estudo do segundo grupo de pesquisa foi realizado nas salas de aula que se encontravam desocupadas, buscando ser um local privado para a realização da entrevista. Após a participação, os estudantes de ambos os grupos receberam esclarecimentos e

informações referentes ao tema de estudo. No término de cada entrevista, a pesquisadora repassou todas as questões, esclarecendo as dúvidas e preocupações que surgiram durante a pesquisa. Ao se despedir de cada entrevistado, a pesquisadora informou que estaria disponível para esclarecimentos futuros e que poderiam entrar em contato por e-mail ou telefone a qualquer momento. Das vinte entrevistas realizadas, um participante solicitou informações sobre a PrEP. Participaram do estudo duas auxiliares de pesquisa que contribuíram na realização das transcrições das entrevistas gravadas em áudio.

6.4 Análise das Informações

Para este estudo, optou-se pela utilização do método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), no qual, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), são realizadas perguntas para um grupo de indivíduos que representem uma coletividade. Dessa forma, o discurso da coletividade pode reproduzir o discurso expresso individualmente dos sujeitos que participaram do estudo.

O método do Discurso do Sujeito Coletivo busca resgatar a representatividade social, pois considera o conhecimento de senso comum como um conhecimento verdadeiro, permitindo explicar determinadas práticas, a opinião e o posicionamento do indivíduo representados na sua manifestação da vida cotidiana. Dessa forma, o DSC se caracteriza por ser um método de construção de pensamento, onde as expressões individuais coletadas, as ideias centrais/âncoras e as respectivas expressões-chave semelhantes constroem um ou vários discursos síntese, que são os discursos do sujeito coletivo, os quais expressam uma ou várias representações com sentidos semelhantes, que são então agrupadas em categorias (Lefèvre & Lefèvre, 2005).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem um papel de organizador. Isso não significa a masterização mecânica ou automática do pensamento coletivo, mas a produção de um sujeito social ou coletivo do discurso. O material coletado, representado pela expressão verbal dos estudantes, apresenta a ideia e o sentido do depoimento transcrito de cada manifestação sobre o tema proposto, refletindo sobre as possibilidades de expressar empiricamente a opinião ou o pensamento da população estudada. Desse modo, o social fala como se fosse um indivíduo, construindo a partir das falas dos entrevistados, ideias centrais e expressões-chave semelhantes a um discurso compartilhado (Lefèvre & Lefèvre, 2005).

Os autores apresentam que a finalidade do método é produzir um discurso a partir da expressão dos sujeitos de pesquisa. Lefèvre & Lefèvre (2005) elaboraram as seguintes figuras metodológicas norteadoras dessa abordagem:

- Expressões-chave (ECH): são os segmentos, trechos ou transcrições literais do discurso que são identificadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento e o conteúdo central relacionado com o tema do estudo a ser realizado;
- Ideias centrais (IC): têm a função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos. Descrevem a especificidade semântica, sintetizam e especificam o sentido dos discursos analisados de cada conjunto de expressões-chave;
- Ancoragem: é a expressão de uma dada teoria, ideologia ou crença de quem professa o discurso;
- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é o discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas expressões-chave que possuem a mesma ideia central e/ou ancoragens.

Na ideia central, as expressões-chave remetem a um sentido mais direto, enquanto a ancoragem representa a teoria, a ideologia ou crença. Entretanto, as ancoragens só são consideradas na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo quando estiverem concretas e

explicitamente presentes nesses depoimentos, o que nem sempre acontece. Como estratégia metodológica, utiliza-se um método discursiva que proporcion representatividade a uma coletividade sobre um tema, o que pode ser visto como o conjunto de discursos ou representações sociais. O processo de análise de dados ocorreu nas seguintes etapas metodológicas:

- Primeiro passo: as questões foram analisadas separadamente, ou seja, primeiro analisou-se a questão 1, depois a questão 2, e assim, sucessivamente de todos os sujeitos entrevistados. A primeira atividade consistiu em copiar integralmente o conteúdo das respostas referentes à questão trabalhada na coluna "expressões-chave" no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1). O IAD1 é uma tabela com três colunas: expressões-chave, ideias centrais e ancoragem.
- Segundo passo: foram identificadas e sublinhadas, em cada uma das respostas, as expressões-chave das ideias centrais, diferenciando-as das expressões-chaves das ancoragens por cor ou outro método gráfico .
- Terceiro passo: foram colocadas as ideias centrais e/ou ancoragens identificadas nas colunas correspondentes na tabela do IAD1.
- Quarto passo: foram identificadas e agrupadas as ideias centrais e as ancoragens de mesmo sentido, de sentido equivalente ou complementar. Os autores recomendam etiquetar cada grupamento com letras (A, B,C)
- Quinto passo: consistiu em denominar cada um dos grupamento por A, B, C, D, criando uma idéia central ou ancoragem. que expressa todas as ideias centrais e ancoragens do mesmo sentido.
- Sexto passo: construção do DSC através do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2) que é uma tabela com duas colunas: expressões-chave e DSC, que se apresenta em duas etapas:

a) Primeira etapa: copiar do IAD1 todas as expressões-chave do mesmo agrupamento e colá-las na coluna "expressões-chave" do IAD2.

b) Segunda etapa: construção do DSC de cada agrupamento por meio da sequenciação das expressões-chave e da sua transformação em discurso, obedecendo a esquematização clássica: começo, meio e fim, do mais geral para o menos geral e mais particular. Para auxiliar o processo de transformação em discurso, utiliza-se conetivos que proporcionam ideia de coesão do discurso como: “assim”, “então”, “tão logo”, “enfim”, entre outros. Pelo processo de desparticularização, busca-se retirar qualquer particularismo (sexo, idade, doenças específicas, eventos particulares). As repetições de ideias também são retiradas. Para a construção do DSC, deve ser utilizado todo o material das expressões-chave.

6.5 Cuidados Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) – Universidade de Brasília, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado sob o número 3.607.170, quando somente então a pesquisa teve início. Foram seguidas as recomendações éticas previstas na referida resolução, assim como as recomendações sobre os cuidados éticos em pesquisa apontados na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. As informações da pesquisa serão guardadas por cinco anos, conforme apontado pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do estudo receberam informações sobre prevenção combinada, após a realização das entrevistas.

6.6 Riscos

Acredita-se que a pesquisa tenha oferecido riscos mínimos aos participantes. Porém, casos fossem identificadas, seja por parte dos participantes ou da pesquisadora, situações de qualquer tipo de sofrimento, como por exemplo desordem emocional provocado pela pesquisa e seu tema, seriam disponibilizadas informações e encaminhamentos para os serviços de atendimentos oferecidos na universidade, tais como o Centro de Atendimentos Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília (CAEP) e a DASU, ou centros similares em outras instituições de ensino. A participação poderia ser interrompida a qualquer momento caso a pessoa e/ou a pesquisadora identificassem a presença desses riscos.

6.7 Benefícios

O benefício dessa pesquisa alcança a comunidade acadêmica como um todo, pois espera-se que gere propostas de ações, com intuito de ampliar a atuação do Polo de Prevenção na universidade e o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce por meio da atuação da gestão, além de possibilitar uma melhor compreensão dos fatores de risco e proteção em relação à infecção pelo HIV, a partir do conhecimento e visão, tanto dos estudantes que buscam o Polo de Prevenção IST/AIDS quanto dos outros universitários em geral, que não buscaram realizar o teste. Os benefícios propiciados aos estudantes que participaram da pesquisa são a abrangência e reforço dos conhecimentos sobre o tema em questão. O resultado do estudo poderá contribuir para que trabalhos futuros visem à promoção da saúde e prevenção de agravos no meio acadêmico e da comunidade.

7 Resultados e Discussão

7.1. Características sócio – demográficas dos participantes

Antes de analisar o conteúdo das respostas, ou o campo das representações sociais propriamente ditas, é importante frisar que, durante a transcrição das entrevistas, já foi possível observar diferenças no grau de conhecimento e na atitude dos dois grupos estudados. Participaram 20 estudantes, 12 pessoas do sexo feminino (60%) e 8 do sexo masculino (40%), com idades variando entre 18 e 24 anos, sendo a média de 21 anos. A maioria dos participantes, 13 dos entrevistados, o que representa 65% do total, informou que reside com os pais, 3 declararam que residem sós (15%), 2 com amigos (10%) e 2 moram com os avós (10%).

Com relação à escolaridade, participaram estudantes do primeiro ao nono semestre, sendo que 9 dos 20 estudantes (45%) cursavam o primeiro período. Com relação à autodeclaração de cor ou raça, 9 pessoas (45%) se declararam pretas, 3 se declararam pardas (15%), e 8 se declararam brancas (40%). Além disso, os participantes da pesquisa estão distribuídos em diversas áreas do conhecimento: 6 estudantes são da área das ciências biológicas (30%), 5 estudantes são da área das ciências exatas (25%) e 9 são da área das ciências humanas (45%). As características sociodemográficas, segundo os grupos de estudo 1 e 2 estão representados na Tabela 4.

Tabela 4

Características sociodemográficas, segundo os grupos dos entrevistados

Características sociodemográficas	Grupos de estudo		Total
	Grupo 1	Grupo 2	
IBGE – Definição de cor Preta	3	6	9

Branca	6	2	8
Parda	1	2	3
Estado civil			
Solteiro	3	9	12
Namorando	7	1	8
Área de estudo			
Humanas	5	4	9
Biológicas	3	3	6
Exatas	2	3	5
Com que reside			
País	7	6	13
Só	2	1	3
Amigos	1	1	2
Avós	0	2	2

Quanto à questão de identidade de gênero, 19 das pessoas se declararam cisgênero (95%), e 1 pessoa se declarou não binária (5%). Em relação ao sexo biológico, foram 12 mulheres entrevistadas, o que representa 60% do total de participantes do estudo, predominando mais mulheres entrevistadas no grupo 1. Já no grupo 2, o sexo feminino representou metade dos entrevistados (50%). Com relação à orientação sexual do grupo 1, quatro se denominaram bissexuais (40%) e dois afirmaram ser homossexuais (20%), enquanto dos entrevistados do grupo 2, quatro são homossexuais (40%) e dois declararam-se bissexuais (20%), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5

Diversidade sexual, segundo os grupos dos entrevistados

Diversidade sexual	Grupos de estudo		Total
	Grupo 1	Grupo 2	
Identidade de gênero			
Cis gênero	9	10	19
Não binário	1	0	1
Sexo biológico			
Feminino	7	5	12
Masculino	3	5	8
Orientação sexual			
Heterossexual	4	4	8
Bissexual	4	2	6
Homossexual	2	4	6

7.2 Análise de dados dos grupos 1 e 2

A apresentação dos resultados ocorreu a partir da análise do material, obtido por meio das entrevistas realizadas em dois grupos, compostos por dez participantes cada, escolhidos por conveniência. O grupo 1 refere-se aos estudantes que estavam na UnB aleatoriamente, enquanto o grupo 2 é composto por estudantes que procuraram o Polo de Prevenção de IST/AIDS para receber insumos e/ou realizarem testagens. A análise foi realizada segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre & Lefèvre, 2005) e seguirá de acordo com a sequência deste estudo, analisando as respostas para ambos os grupos.

Grupo 1- Questão 1: Você pode me explicar o que é o HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Vírus Sexualmente Transmissível	Não tive essa orientação
--	---------------------------------

IC1: Vírus Sexualmente Transmissível

DSC1: É uma classe de vírus que a gente se infecta pelas relações sexuais, atinge a imunidade das pessoas, destrói as células brancas responsáveis pela defesa e proteção do corpo e a pessoa sente fraqueza, pois é um retrovírus que infecta as células humanas e que tem três estágios, o último é mais grave, quando se torna aids. É uma doença que pode ser transmitida através dos fluídos do corpo, como a saliva. Desarma o sistema imune e a pessoa fica mais doente por causa de doenças oportunistas.

IC2: Não tive essa orientação

DSC2: Bom, o que eu sei de HIV é muito pouco porque não tive essa orientação na escola e nem na vida.

Grupo 2 - Questão 1: Você pode me explicar o que é o HIV?**IDÉIAS CENTRAIS**

Doença sexualmente transmissível	Vírus da imunodeficiência humana	Não sei
---	---	----------------

IC1: Doença sexualmente transmissível

DSC1: É o vírus da imunodeficiência adquirida, ele causa a doença da imunodeficiência humana que ataca os linfócitos CD4 da célula, que são as células de defesa adaptativa, as células de memória do corpo. É uma doença que mexe com a imunidade. Eu sei que o HIV é uma doença sexualmente transmissível que ataca o sistema imunológico e pode a vir a se tornar aids e levar à morte

IC2: Vírus da imunodeficiência humana

DSC2: Não sei a definição concreta, mas que é um vírus da imunodeficiência humana, adquirido por meio de relações sexuais e transfusões de sangue, e a doença em si é a aids. Sei que é um vírus, e que a aids é a doença. Tem gente pode ter o HIV, mas não transmite aids, então não é tão perigoso assim. É um retrovírus que ataca a imunidade e afeta o sistema imunológico da pessoa.

IC3: Não sei

DSC3: Confesso que não lembro... Eu acho que é o vírus em si, se não me engano e...É o vírus relacionado à aids, uma mutação genética que você contrai durante a relação sexual, pelo menos é o que eu conheço, não pela via acadêmica, é o que tenho de formação social mesmo. Lembro que tem aquela questão que você pode ser negativo ou positivo. Moça, eu não vou saber.

Observa-se, no estudo, que ambos os grupos apresentaram em seu DSC, pouco conhecimento sobre o que é o HIV. No grupo 1, a IC1 afirma que o HIV é uma classe de vírus que atinge a imunidade da pessoa ao destruir células brancas responsáveis pela defesa do corpo. Os participantes classificaram ainda o HIV em três estágios e afirmaram que a saliva é um meio de contágio. Observa-se nesse contexto uma compreensão relativa do assunto, já que o HIV não se apresenta em três estágios e a saliva não transmite o vírus. Observa-se então que os jovens do grupo 1 carecem de conhecimento sobre o que seja o HIV e como ocorre sua transmissão. Saber o que é o vírus e como ele é transmitido é fundamental para que possam ter ações de prevenção.

A IC1 do grupo 2 traz a percepção deles de que o HIV é uma doença sexualmente transmitida e que ataca o sistema imune, mas também que é o vírus da imunodeficiência adquirida, o qual causa a doença da imunodeficiência humana. Nessa IC, observamos que existe uma confusão entre o que é HIV e o que é aids.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), o HIV é Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), doença crônica causada pelo vírus HIV, que danifica o sistema imunológico responsável por defender o organismo das doenças. As células mais atingidas são os linfócitos TCD4+ e é alterando essas células que o HIV faz cópia de si mesmo e se multiplica. Contudo, ter o HIV não significa que a pessoa terá aids.

De acordo com Gomes et al. (2017), a falta de percepção do risco de infecção com o vírus do HIV e o baixo conhecimento entre jovens com idade abaixo de 25 anos aumentam as chances de eles não buscarem práticas sexuais seguras, bem como não realizarem a testagem para o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Tal situação é evidenciada principalmente em homens com relacionamento sexual com outros homens, tornando-os o grupo com maior vulnerabilidade.

Tal situação confirma a necessidade de o tema ser abordado em escolas e nos grupos familiares, bem antes que o jovem chegue à vida adulta. Percebe-se que existe pouco entendimento da diferença entre o que é o vírus e a doença, pois os dois são bastante confundidos. Segundo Lindong et al. (2017), existe um baixo conhecimento sobre o HIV, e os autores destacam a necessidade de educação em saúde sexual e reprodutiva, com ênfase em informações sobre prevenção do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Da mesma forma, Fonte et al. (2018) evidenciaram, em seu estudo com jovens universitários do Rio de Janeiro, que eles possuem baixo conhecimento em relação às ISTs, justificando a importância de ações de educação em saúde.

A IC2 do grupo 2 mostra que os entrevistados sabem explicar que o HIV é o Vírus da Imunodeficiência Humana, adquirido por meio de relações sexuais, transfusão de sangue e que afeta a imunidade, além de que existem pessoas que adquirem HIV e não têm aids. Observamos que nessa IC existe um ponto que traz reflexão a respeito das pessoas que podem ter HIV e não transmitir aids, o que tornaria o vírus não tão perigoso. Nessa questão, todavia, não fica claro se os jovens estão se referindo à carga viral indetectável.

Grupo 1 - Questão 2: Na sua opinião, por que os jovens estão se infectando?

IDÉIAS CENTRAIS

Por vacilo e não por falta de conhecimento	Falta de conhecimento	Secreções contaminadas	Sem prevenção	Não usa anticoncepcional	Sexo sem proteção
---	------------------------------	-------------------------------	----------------------	---------------------------------	--------------------------

IC1: Por vacilo e não por falta de conhecimento

DSC1: A primeira causa é o descuido, porque às vezes a pessoa teve uma relação sexual e nem sempre o HIV é só transmitido pela relação sexual. A maior parte é por vacilo e não por

falta de conhecimento, vai pelo calor do momento e as pessoas não pensam nas consequências.

IC2 Falta de conhecimento

DSC2: Talvez por falta de conhecimento ou a falta de tocar no assunto, completa falta de informação ou a pessoa pensa que é uma doença que, por já ter tratamento, é uma coisa controlada.

IC3: Secreções Contaminadas

DSC3: A pele pode estar lesada, não íntegra e entram secreções que estejam contaminadas, facilitando o processo de entrada do vírus nas células.

IC4: Sem Prevenção

DSC4: A população sexualmente ativa sem prevenção, já que as pessoas não têm tanto cuidado em compartilhar coisas com amigos ou estranhos. Às vezes ele teve contato com algum perfurocortante contaminado não esterilizado, utiliza drogas injetáveis e alguma outra substância.

IC5: Não usa anticoncepcional

DSC5: Pode ser quando a gente não usa anticoncepcional.

IC6: Sexo sem proteção

DSC6: Por fazerem sexo sem proteção, porque na hora não tinha camisinha e não parou pois no Brasil os jovens são muito calorentos, e daí na hora não se protegeu. ou então não tinha camisinha.

Grupo 2 - Questão 2: Na sua opinião, por que os jovens estão se infectando?

IDÉIAS CENTRAIS

Não têm consciência de se cuidar	Tem medicação	É um fetiche que o povo tem em querer transar sem preservativo	É uma forma de suicídio.	Os jovens apostam para ver
---	--------------------------	---	---	---

IC1: Não têm consciência de se cuidar

DSC1: Porque não têm a consciência de se cuidar, de se preservar, de pensar na sua saúde, de não usar preservativo com uma pessoa que não tem muita intimidade. É vacilo de achar “não, é só uma vez e tá tudo certo”.

IC2: Tem medicação

DSC2: Quando teve o surto, tinha aquela imagem de uma pessoa que sofria de aids, bem magra. Com o coquetel, as pessoas conseguem viver mais tempo, então talvez o jovem pode pensar: “ah, posso pegar, mas tem remédio para isso, então já consigo viver de boa, curtir a vida louca mesmo com impulsividade na hora do sexo”. Deixam de fato de usar preservativo e fazer as testagens não se preocupam tanto com essas coisas. acabam não pensando nas consequências do futuro, no que pode acarretar. O risco de infecção é menor já que tem muita medicação antes e depois do contato com o vírus, são muitas possibilidades de segurança, as pessoas param de tomar as precauções devidas.

IC3: É um fetiche que o povo tem em querer transar sem preservativo

DSC3: Vejo com muita frequência relatos de amigas que fazem sexo sem preservativo e ignoram o seu uso porque não se preocupam mais. Acho muito estranho isso acontecer. Hoje em dia, as pessoas têm muito mais medo de uma gravidez do que adquirir uma doença sexualmente transmissível. Tem diversas pessoas que falam que querem transar sem camisinha. A cada 10 pessoas que falo, 8 querem fazer sexo sem camisinha. Você conversa, transa 10 minutos e arranja outro, não tem muita preocupação em pegar, porque é um fetiche que o povo tem em querer transar sem preservativo.

IC4: É uma forma de suicídio

DSC4: Pode ser que estejam em depressão, aí pensa “ah, quero morrer, aí vou me infectar com o vírus”. É uma forma de suicídio.

IC5: Os jovens apostam para ver

DSC5: Os jovens apostam para ver, não sabem como é perigoso, é muito uma questão de ver que a doença foi de certo modo erradicada, ficou solto, principalmente agora que não sei se é uma pauta do governo ou é por falta de informação. Quando as pessoas não se informam, elas não se protegem, não sabem sobre as doenças: “ah, não vou contrair, isso vai acontecer com outra pessoa, comigo não é possível”.

A análise da pergunta “Por que os jovens estão se infectando?” permitiu vislumbrar que os dois grupos afirmam que o jovem está se infectando pelo HIV porque não tem consciência da importância da prevenção. Para exemplificar essa fala, apresentam vários motivos, como o vacilo, a falta de conhecimento do tema e o fetiche de ter relações sexuais sem preservativos. Todavia, o que mais chama atenção é o fato de que eles relacionam a existência da medicação à sensação de segurança e por isso não precisam fazer uso do preservativo, não se percebendo como vulneráveis.

Esse discurso nos traz a reflexão, segundo as anotações no diário de campo, de que eles não imaginam que possam ficar doentes, tendo em vista que pensam somente no prazer momentâneo, com foco no hoje, no agora, não levando em consideração as consequências futuras, ou, como foi dito: “é só uma vez e tá tudo certo”.

Os discursos expressam claramente a opinião do porquê os jovens estão se infectando. A IC1 do grupo 1 afirma que o jovem não tem consciência de se cuidar e de pensar na sua saúde, especialmente no que se refere ao fato de que o jovem não usa preservativos com quem não tem intimidade e equivoca-se ao achar que ter relações sexuais

apenas uma vez não os coloca em risco. O vacilo também aparece na IC1 do grupo 2, confirmando que os jovens reconhecem que têm conhecimento sobre as formas de infecção, mas ainda assim, têm relação sexual sem preservativos, apresentando uma falta de consciência de se cuidar.

O grupo 1 afirma que os jovens estão se infectando com o vírus do HIV por não terem conhecimento e informação sobre a doença, assim como pela falta de diálogo sobre o tema e por acharem que a medicação existente controla a doença. Bermúdez et al. (2017), Lindong et al. (2017) e Perez et al. (2015) discutem que a falta de conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis, assim como o não uso do preservativo, são fatores de risco para que os jovens se contaminem com o vírus do HIV.

Nas ideias centrais 2 e 3, os participantes enfatizam que a infecção pelo vírus do HIV ocorre através de secreções contaminadas e pelo compartilhamento de objetos perfurocortantes. A IC5 apresenta que o uso de anticoncepcional os protege de infecções sexualmente transmissíveis, demonstrando desconhecimento sobre o assunto. Nesse sentido, é importante remeter ao estudo de abordagem qualitativa de Mesquita et al. (2017) realizado no Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esporte, localizado no Ceará, com a participação de trinta jovens com idade entre 12 a 19 anos. No estudo, o uso de anticoncepcionais foi apresentado como forma de prevenção, resultado que corrobora com o que foi encontrado neste estudo, demonstrando que os jovens se confundem sobre os métodos de prevenção ao HIV e à gravidez.

Na IC6, o discurso afirma que a infecção pelo HIV ocorre quando não se faz uso do preservativo e esse não uso está relacionado ao fato de não o terem consigo na hora, ou porque no “calor” do momento o uso do preservativo passa a ser secundário. É interessante notar que os jovens de ambos os grupos compreendem que o não uso de preservativos os coloca em situação de risco para infecção do vírus do HIV. Contudo, demonstram

desconhecimento do assunto quando relacionam o medicamento anticoncepcional como capaz de prevenir também o HIV, assim como o fato de que acreditam que a doença já foi erradicada, tendo em vista que não é mais pauta do governo e que não são realizadas campanhas sobre ela. Eles, portanto, necessitam receber informações e educação sobre o tema, pois sem esse conhecimento, passam a ter maiores chances de se infectarem com o vírus.

Russo e Arreguy (2015) afirmam que o uso do preservativo sempre foi o tema central das campanhas de prevenção, mas no início da epidemia do HIV, o preservativo foi acompanhado de estigma, pois a população era dividida entre os que precisavam usar e os que não precisavam. Neste mesmo período, se estabeleceu a noção de grupo de risco, sendo que, com o passar dos anos, o paradigma foi sendo modificado e ficou entendido que é uma necessidade de todos usar preservativo. Os autores apresentam a importância de dispensadores de preservativos nas escolas, mas também apontam a necessidade do envolvimento de docentes e discentes em atividades de educação sexual. Todavia, relatam também que a escola é um ambiente onde o conflito em torno da sexualidade está sempre emergindo, sendo necessário que os professores sejam capacitados constantemente para atender as demandas, sendo primordial a interação com a família.

Para o grupo 2, vários são os motivos que levam o jovem a se infectar pelo vírus do HIV. A IC2 apresenta o fato de que os jovens não associam o HIV à aids, pois as pessoas infectadas não apresentam as características físicas de alguém doente. Os universitários afirmam que tal fato ocorre pela existência de medicamentos, que dão uma falsa sensação de estarem protegidos. Eles também afirmam que os remédios dão liberdade para não utilizarem o preservativo, já que a medicação os protege, deixando-os seguros.

A IC3 do grupo 2 apresenta que os jovens não utilizam os preservativos porque existe um fetiche em querer ter relações sexuais sem preservativos, e o medo de uma gravidez

indesejada é maior do que o medo de contrair uma infecção sexualmente transmissível. Para Silva (2010), o prazer do sexo sem camisinha refere-se à busca de sensação e prazer intenso no contato íntimo, e que essa tem sido uma prática comum de muitas pessoas na busca de experiências mais naturais e livres. Para o autor, é preciso reconhecer a existência do sexo desprotegido e conversar abertamente sobre isso, considerando-o uma dimensão legítima e possível das experiências eróticas.

Encontramos na IC4 a expressão “é uma forma de suicídio”, referente ao fato de que a depressão pode gerar a ideia de suicídio e por isso o jovem se colocaria em risco com intenção de contrair o vírus do HIV. Esse discurso traz à tona um comportamento no qual estão presentes o sentimento de tristeza e vários conflitos. Tardivo et al (2019) apontam que condutas de autolesão são realizadas por jovens como busca de alívio aos sofrimentos vivenciados. Destacam também as dificuldades nos relacionamentos, na comunicação das angústias que sentem, no enfrentamento, apresentando insegurança, demonstrando a necessidade de cuidados, proteção e auxílio. Os autores recomendam que sejam realizadas, nas instituições de ensino, programas de prevenção que incluam estudantes, pais e a comunidade, sendo necessário que as escolas realizem intervenções para que o tema possa ser debatido, visando a oferecer uma escuta pautada no respeito às dificuldades, realizando um trabalho preventivo junto à população e às famílias.

Na IC5, declaram que os jovens estão se infectando porque não sabem que o HIV é perigoso. Como acreditam que o assunto não é pauta do governo, consideram que ele está erradicado, pensando que não irão contrair o vírus porque pode até acontecer com outra pessoa, mas não com eles.

Carvalho et al. (2013), em estudo realizado com 351 estudantes com idade entre os 14 e 18 anos, concluíram que a juventude é o período no qual as amizades tornam-se mais profundas, momento em que os jovens se apoiam uns nos outros e em que ocorre maior

interação e diálogo entre eles. Desse modo, caracterizam-se por formarem grupos que interagem regularmente, e nos quais demonstram afeto e amizade, contribuindo para o desenvolvimento da sua identidade e influenciando o modo como veem os outros e a si mesmo.

Segundo Fonseca (2002), deve-se promover nas escolas a discussão da sexualidade, envolvendo a educação entre pares, rompendo com noção de que seja um tema a ser discutido somente no espaço individual e familiar, sendo necessária uma mobilização para se discutir e estimular o interesse de construir e integrar os conhecimentos, em uma perspectiva de fortalecimento do auto cuidado. Esforços preventivos são relevantes junto a esse grupo, pois trata-se de uma questão de saúde pública.

Grupo 1 - Questão 3: Quais os fatores de risco para a infecção do HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Sexo sem proteção	Materiais não esterilizados e secreções contaminadas	Não tenho muita ciência da forma que o vírus é transmitido
--------------------------	---	---

IC1: Sexo sem proteção

DSC1: O sexo sem proteção, sem camisinha, também pela transmissão via sexual, com contato direto, ou seja, falta de cuidado durante a prática de transar sem preservativo.

IC2: Materiais não esterilizados e secreções contaminadas

DSC2: Estar exposto a materiais não esterilizados, utilizar drogas injetáveis e uso de objeto compartilhado, como por exemplo, o alicate de unha e perfurocortante contaminado com substância e qualquer tipo de secreção como o esperma e o sangue, que entre em contato com qualquer tipo de mucosa.

IC3: Não tenho muita ciência da forma que o vírus é transmitido

DSC3: Não tenho muita ciência da forma que o vírus é transmitido, como ele se manifesta no corpo, sou tão leigo que até um ano atrás eu pensava que um beijo passava também.

Grupo 2 - Questão 3: Quais os fatores de risco para a infecção do HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Relações sexuais sem preservativo	Sangue e seringa contaminados	Saliva contaminada
--	--------------------------------------	---------------------------

IC1: Relações sexuais sem preservativo

DSC1: Acho que é a falta de cuidado, ter relações sexuais sem preservativo. Na minha concepção, seriam as relações sexuais sem uso de preservativo e acredito que também a gente dá o vacilo de esquecer de usar o preservativo ao achar “é só uma vez e tá tudo certo”. É obviamente prática sexual sem se prevenir. Eu acho que... Sair se relacionando com pessoas que não conhece direito e tem caso de estupro, essas coisas assim.

IC2: Sangue e seringa contaminados

DSC2: Por transfusões de sangue, uso de seringas etc., que podem estar com conteúdo de infecção. A primeira coisa que eu penso é algum contato sanguíneo. Seja transfusão de sangue, também por cortes, essas coisas.

IC3: Saliva contaminada

DSC3: Fator de risco é a própria relação sem proteção, sexo oral. Acho que pela saliva que pode estar contaminada.

Ao serem perguntados sobre quais são os fatores de risco para o HIV, os resultados dos grupos 1 e 2 demonstram que um fator de risco é o não uso do preservativo, e que os

jovens sabem que se não utilizarem, estarão em condições de risco para se infectarem com o vírus do HIV.

Nos grupos 1 e 2, outro fator de risco apresentado foi o contato com materiais contaminados, assim como sangue e secreções. A IC 3 do grupo 1 apresenta que os entrevistados informaram não terem conhecimento dos fatores de risco para o vírus HIV. A IC 3 do grupo 2 mostrou que a saliva pode ser um meio de se infectar pelo vírus. Sobre essa questão, pode-se verificar o desconhecimento a respeito do risco de contaminação. Como a saliva não transmite o vírus do HIV, a pessoa praticante do sexo oral passiva, ou seja, aquela que tem o seu genital estimulado pela boca de alguém não está em risco de se infectar pelo vírus do HIV. Contudo, o risco de transmissão do HIV para a pessoa que pratica sexo oral é alto, pois essa pessoa entra em contato com secreções do parceiro. A infecção pode ocorrer também durante a felação ativa, quando a boca estimula o pênis, podendo ocorrer a transmissão da sífilis ou outras infecções sexuais. A prevenção no sexo oral deve ser realizada com preservativos, não devendo haver ejaculação na boca (Ministério da Saúde, 2017b)

Grupo 1 - Questão 4: Quais os fatores de proteção para o HIV?

DÉIAS CENTRAIS

Uso de preservativo	Medicação	Não compartilhar objetos pessoais	Educação sexual
----------------------------	------------------	--	------------------------

IC1: Uso de preservativo

DSC1: São os contraceptivos, o mais eficiente nesse caso seria o preservativo masculino ou feminino, ou seja, sempre usar uma proteção durante o sexo ou em qualquer ato sexual, oral, anal, penetração.

IC2: Medicação

DSC2: Para quem já tem o vírus é o coquetel, a medicação” DROP e PROP”, daí o vírus fica intransmissível porque diminui a carga viral, sendo sempre importante fazer uma revisão no médico.

IC3: Não compartilhar objetos pessoais

DSC3: Não compartilhar coisas pessoais, roupas e objetos, não compartilhar coisas íntimas com as pessoas, e usar agulhas descartáveis.

IC4: Educação sexual

DSC4: Ter uma cultura consciente se tiver relação sexual, procurar usar camisinha para não passar para outro, para eu não pegar, porque não sou obrigado a ter uma relação fixa. Pode ser educação sexual e conversa com os amigos.

Grupo 2 - Questão 4: Quais os fatores de proteção para o HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Uso de preservativos	Usar medicação e fazer testagem	Não compartilhar seringas e agulhas	Saber sobre a doença
-----------------------------	--	--	-----------------------------

IC1:Uso de preservativos

DSC1: Principalmente os preservativos, o uso da camisinha. Acredito que seja o uso de preservativo, basicamente.

IC2: Usar medicação e fazer testagem

DSC2: Os coquetéis, as medicações antes e depois da exposição do sexo sem camisinha e PREP também, que é um medicamento que se usa diariamente, é bom fazer testagem também.

IC3:Não compartilhar seringas e agulhas

DSC3: Evitar trocas de agulhas, o compartilhamento de seringas. Exigir sempre seringas esterilizadas, não descartáveis. Sempre ficar atento a isso, com que material você está usando.

IC4: Saber sobre a doença

DSC4: Saber sobre a doença e sobre os pontos mais importantes sobre o HIV.

Nos grupos 1 e 2, a IC 1 apresenta o uso do preservativo como o fator de proteção. A IC 2 de ambos os grupos apresenta o uso de medicamentos como outro fator de proteção, sendo que a testagem foi abordada somente no grupo 2. Observamos que na referência aos medicamentos como fator de proteção, o grupo 1 tem conhecimento da existência deles, porém os participantes não sabem seu nome correto e relatam que não sabem como fazer uso dele, assim como confundem fatores de proteção com estratégias e insumos para prevenção.

Carvalho et al. (2007) apresentam alguns fatores que são descritos como proteção aos indivíduos para a vida em sociedade. Entre eles, estão o atendimento disponível na rede pública de saúde, a distribuição gratuita de medicamentos e insumos, assim como a realização de testes e o trabalho constante de educação em saúde, recusando qualquer forma de discriminação.

As ideias centrais na percepção dos estudantes referentes aos fatores de proteção de ambos os grupos foram semelhantes e observa-se que os jovens confundem fatores de proteção com as estratégias de prevenção. Assim, o preservativo é um insumo utilizado na estratégia de prevenção de sexo protegido, enquanto o fator de proteção é o conhecimento sobre a utilização do preservativo.

Desse modo, os fatores de proteção estão relacionados a evitar situações de exposição ao risco, além de cuidado com a saúde física, mental e espiritual, pois estes estão relacionados às variáveis individuais e ambientais. Fica evidenciado no estudo que os jovens

universitários não conhecem o conceito de fator de proteção, pois o discurso apresentado foi sobre as estratégias de prevenção. Segundo Carvalho et al. (2017), há poucos trabalhos acadêmicos referentes a fatores de proteção para o HIV, pois a literatura tem focalizado os fatores de risco para infecção.

Outro ponto importante que devemos levar em consideração é em relação ao não compartilhamento de objetos pessoais. No grupo 1, a IC3 aponta como fator de risco o compartilhamento de objetos como roupas, porém o vírus HIV não é transmitido pelo compartilhamento de roupas e sapatos. Assim, considera-se fundamental a sensibilização quanto a isso com os estudantes e a comunidade, discutindo questões relacionadas ao preconceito e à discriminação oriundas da falta de informação, pois o medo e o tabu que envolvem o tema ainda estão presentes em diversos contextos (Ministério da Saúde, 2008).

A IC3 do grupo 2 comenta sobre evitar trocas de agulhas, compartilhamento de seringas e que se deve sempre exigir seringas esterilizadas, não descartáveis. É curiosa a afirmação de que as seringas devam ser esterilizadas, e não descartadas. Sobre essa questão, não temos dados suficientes que possam esclarecer se esta escolha está relacionada a questões ambientais focadas na reutilização através da esterilização, ou se se trata de desconhecimento. Com relação a essa IC, cabe ressaltar a importância da redução de danos como estratégia de prevenção e recomendação do não compartilhamento de seringas e agulhas e a utilização de materiais descartáveis (Ministério da Saúde, 2020).

A IC4 de ambos os grupos traz como fator de proteção a necessidade de os jovens terem educação sexual e saberem mais sobre a doença. Para Taquete et al. (2015), vários são os desafios a serem enfrentados para que se tenha a redução de casos de HIV em jovens. Para isso, citam o exemplo da França, onde é obrigatório por lei atividades de educação sexual e distribuição de preservativos nas escolas. Os autores relatam que no Brasil é necessário o desenvolvimento de estratégias que diminuam a desigualdade social, a violência

de gênero, a homofobia e a erotização precoce, fatores que fazem com que se inicie a vida sexual cedo, sem direito a escolhas, e podendo sofrer pressão dos pares para o não uso do preservativo, colocando esse grupo em vulnerabilidade. O diálogo é considerado um fator de proteção, e os amigos são tomados como a origem das informações sexuais pela maioria dos jovens, justamente por terem vergonha ou não se sentirem a vontade de conversa com a família (Mesquita et al., 2017).

Grupo 1 - Questão 5: Quais as formas de prevenção para o HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Uso do preservativo	Medicação	Não compartilhamento de objetos pessoais	Não ter contato íntimo com desconhecidos
----------------------------	------------------	---	---

IC1: Uso do preservativo

DSC1: A forma de prevenção é o uso do preservativo, a camisinha masculina e feminina na hora da relação sexual, não conheço nenhum outro tipo.

IC2: Medicação

DSC2: Os que possuem o vírus têm a medicação, PREP e PEP, daí o vírus fica intransmissível porque diminui a carga viral.

IC3: Não compartilhamento de objetos pessoais

DSC3: Usar agulhas descartáveis e fazer os testes na transfusão para ver se o sangue realmente está limpo, não compartilhando objetos pessoais com a pessoa que você sabe que está infectada.

IC4: Não ter contato íntimo com desconhecidos

DSC4: Não ter contato íntimo com quem não conheço o histórico de saúde.

Grupo 2 - Questão 5: Quais as formas de prevenção para o HIV?

IDEIAS CENTRAIS

Usar o preservativo	Transar com quem você conhece	Medicações	Informação é uma forma de prevenção	Conversar com quem se relaciona
----------------------------	--------------------------------------	-------------------	--	--

IC1: Usar o preservativo

DSC1: Basicamente é usar o preservativo, usar camisinha, principalmente quando é alguém que você não conhece.

IC2: Transar com quem você conhece

DSC2: Transar com quem você conhece, tem que evitar a promiscuidade sexual.

IC3: Medicações

DSC3: Usar os coquetéis, as medicações antes e depois da exposição do sexo sem camisinha. Se eu tivesse mais acesso à PREP, seria melhor.

IC4: Informação é uma forma de prevenção

DSC4: Saber sobre a doença, a informação é uma forma de prevenção muito importante. Eu acho que se eu tivesse me informado na primeira vez que eu tive a suspeita, nada teria acontecido, eu teria sido mais cauteloso. As palestras, como as que tive na escola, acabam conscientizando mais.

IC5: Conversar com quem se relaciona

DSC5: Se você vai se relacionar com alguma pessoa e houver qualquer abertura para conversar, a gente fala sobre isso (HIV), é bom os dois saberem que estão em dia, porque é importante saber não só pela sua própria saúde, mas para outras pessoas. Na medida do possível, saber se está tudo bem com a pessoa com que você está se relacionando e com você também, obviamente.

Na questão cinco, que se refere às formas de prevenção para o HIV, verificamos que, em ambos os grupos do estudo, o uso do preservativo foi dado como a forma mais eficaz de se prevenir. Os estudos de Parker (2019) apontam que o uso do preservativo junto com o gel lubrificante é um método de prevenção, mas isso não significa que seja utilizado em todas as relações sexuais.

Os jovens de ambos os sexos representam a faixa etária de maior risco associado ao não uso correto do preservativo, como nos casos em que ele que acaba por estourar. Além disso, o fato de ter um relacionamento fixo muitas coloca os jovens em falsa situação de proteção com relação ao vírus do HIV (Pereira et al., 2014).

No diário de campo, foi registrado que, após as entrevistas, quando a pesquisadora sanava as dúvidas, os entrevistados comentavam que o preservativo masculino estourava periodicamente. Assim, a pesquisadora solicitou que explicassem como era realizado o manuseio do preservativo e quatro entrevistados não sabiam utilizá-lo e colocá-lo de forma correta. Foi necessário informar que a embalagem deve ser aberta com cuidado, nunca com os dentes para não furar o preservativo, e que ele deve ser desenrolado até a base do pênis, mas antes, deve-se apertar a sua ponta para retirar o ar. Tal informação foi escutada por vezes com atenção e com expressão de surpresa, pois muitos dos entrevistados não sabiam que a ponta do preservativo tinha que ser apertada para não permitir a entrada de ar. Outra observação anotada no diário de campo foi que nenhum participante conhecia o preservativo feminino e este fato pode estar relacionado com a falta de informações na mídia sobre o preservativo feminino, as poucas divulgações de seu uso como método contraceptivo efetivo, ou ainda o custo mais elevado que ele tem em relação ao preservativo masculino.

Em ambos os grupos, houve três ideias centrais semelhantes, relacionadas à forma de prevenção: o uso do preservativo, a medicação e não ter contato íntimo com quem você não se conhece. O estudo evidenciou os discursos de que a prevenção está relacionada a ter

relações sexuais com quem você conhece, apresentando simultaneamente a ideia errônea segundo a qual, se a relação sexual for com pessoas conhecidas, corre-se menos risco de infecção pelo HIV, dando-os uma falsa segurança. Pereira et al (2014) relataram que estudos mundiais demonstram aumento das taxas de infecção para o HIV na população jovem independentemente do contexto econômico, sendo que a faixa etária dos 20 a 24 anos apresenta maior prevalência da infecção pelo HIV, e que possivelmente a infecção ocorreu na adolescência, evidenciando a importância de direcionar estratégias de prevenção e proteção para essa faixa etária, pois a confiança no parceiro faz com que a pessoa não se perceba em situação de risco. Esse estudo ressalta ainda a feminização e heterossexualização da doença em mulheres jovens, que confiam em seus parceiros e não utilizam preservativo de forma continuada.

A IC 3 do grupo 1 apresenta o não compartilhamento de seringas e objetos pessoais como forma de prevenção. Assim como afirma o estudo de revisão de literatura de ações educativas sobre prevenção de HIV com adolescentes de Monteiro et al. (2019), deve-se utilizar uma metodologia lúdica que leve os alunos a se perceberem e se imaginarem em alguma situação de risco para infecção pelo HIV. Dessa forma, os autores puderam discutir o tema a partir do modelo de Paulo Freire, no qual os estudantes estão no centro da aprendizagem. Os instrumentos utilizados para realizar ações preventivas foram folders, murais, painéis, desenhos, palestras, oficinas educativas e rodas de conversas, que possibilitaram o diálogo, a troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas entre os jovens. A revisão apresentou que a educação por pares nas escolas é a principal ferramenta para proteger os jovens de novas infecções pelo HIV, pois ela permite que os jovens se sintam à vontade para trocar experiências, o que interfere positivamente em seu conhecimento, atitudes e comportamentos.

O grupo 2 trouxe duas ideias centrais a mais que o grupo 1. Eles apresentaram a palestra como meio de informar e trabalhar a prevenção, assim como a importância de conversar com o parceiro sobre questões que envolva a saúde.

As formas de prevenção apresentadas no estudo, em ambos os grupos, foram evidenciadas de forma separadas e não como um conjunto de ações e estratégias de prevenção preconizadas pelo Ministério da Saúde (apresentadas no Manual de Prevenção Combinada para o HIV), o que evidencia a necessidade de mais estratégias conjuntas, considerando intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais visando à redução das vulnerabilidades à infecção pelo HIV (Ministério da Saúde, 2017b).

Grupo 1 - Questão 6: Como você se previne?

IDÉIAS CENTRAIS

Uso do preservativo	Não uso preservativo porque não tenho relações	Tenho relacionamento fixo
----------------------------	---	----------------------------------

IC1: Uso do Preservativo

DSC1: Eu uso camisinha e nunca tive dificuldade de usar preservativo. Sempre uso proteção.

IC2: Não uso preservativo porque não tenho relação

DSC2: Não uso preservativos porque não é necessário no meu caso, faço abstinência, mas acho que as pessoas não praticam muito, e não sei muito bem falar disso. Sou cristão, então só fazemos sexo depois do casamento.

IC3: Tenho relacionamento fixo

DSC3: Tenho relacionamento fixo. Não tenho contato íntimo com quem eu não conheço o histórico de saúde.

Grupo 2 - Questão 6: Como você se previne?

IDÉIAS CENTRAIS

Faço uso do preservativo	Não uso camisinha
---------------------------------	--------------------------

IC1: Faço uso do preservativo

DSC1: Faço uso de preservativo. Nunca faço alguma coisa com desconhecido, porque eu tenho muito essas paranoias, e na hora sempre faço uso do preservativo, a camisinha.

IC2: Não uso camisinha

DSC2: Eu deveria estar usando camisinha em todas as relações, é que nem sempre acontece. Não uso camisinha.

As respostas para essa questão evidenciam o uso do preservativo como principal forma de prevenção para o HIV entre os jovens, para os dois grupos de estudo. Para o grupo 1, temos uma IC que aborda que os universitários fazem uso do preservativo nas relações sexuais, enquanto a IC 2 apresenta o não uso do preservativo devido à abstinência de relações sexuais por princípios religiosos. Segundo Coutinho e Miranda-Ribeiro (2014), os jovens mais religiosos se veem divididos entre o discurso da comunidade religiosa e o do convívio social no tocante às informações sobre educação em saúde sexual. Os autores relatam que há muitas realidades e fatores que podem ter influenciado na relação sexual, e o diálogo é importante para lidar com os conflitos entre a tradição e a modernidade.

O outro motivo apresentado no estudo para não fazer uso de preservativo é referente ao fato de o jovem estar em relacionamento com parceiro fixo. Esse último apresenta um alto risco de vulnerabilidade, pois se relacionar com quem se conhece não é uma barreira

contra o HIV, tendo em vista que conhecer a pessoa não significa que ela está mais protegida ou que o parceiro se cuide a ponto de não haver a necessidade de se precaverem.

As respostas do grupo 2 apresentam que os jovens fazem uso do preservativo, porém, aqui aparece novamente a questão da confiança no parceiro já conhecido. Na IC 2, os estudantes não deram justificativas para não utilizar o preservativo. As respostas apresentadas nessa questão e nas anteriores demonstram que eles têm conhecimento sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, porém muitas vezes não o fazem, ora por não acharem necessário, já que conhecem o parceiro, ora por simplesmente não pensarem nas consequências que essa decisão pode acarretar.

A falta do uso de preservativos gera uma situação de vulnerabilidade, e essa questão também perpassa o fato de que, quando as pessoas confiam em seus parceiros, tendem a não usar camisinha. Há também a percepção de que o preservativo diminui o prazer sexual, aumentando os riscos de infecção pelo vírus do HIV (Pérez-Pérez et al, 2015).

Grupo 1 - Questão 7: Quais as dificuldades que você encontra para ser prevenir?

IDÉIAS CENTRAIS

Não encontro dificuldade	O parceiro fala que não é para usar preservativo	Conversar sobre o assunto
---------------------------------	---	----------------------------------

IC1: Não encontro dificuldades

DSC1: Não encontro dificuldade em usar preservativo, não vejo dificuldade na prevenção.

IC2: O parceiro fala que não é para usar preservativo

DSC2: Eu não usei porque o “cara” não usou e eu não sabia. Teve um outro que eu achei que ele queria usar e não usou. Quando o parceiro fala que não é para usar o preservativo, passa um monte de coisa na minha cabeça: “não usei porque achei que ele estava usando”, e

se a pessoa ficar muito “ah, mas não quero” e ficar dando outras opções eu acho que mexe muito com a cabeça da gente, penso pelo lado emocional também! Geralmente o parceiro fala que não, dá aquelas desculpinhas. Tenho dificuldade de usar preservativo porque a sensação é melhor sem, não é cômodo fazer com a camisinha, não é prático porque na hora tem que pegar, atrapalha.

IC3: Conversar sobre o assunto

DSC3: As pessoas veem isso como um tabu, acham que HIV é aids, evitam falar, não gostam de conversar sobre o assunto. Na minha casa mesmo, meu pai fala “a maldita”, não gosta de falar o nome do vírus. Esse tabu enorme que as pessoas constroem evita que elas falem sobre. O preconceito e a falta de diálogo com os pais fazem com que aconteça um afastamento e isso gera dificuldade.

Grupo 2 - Questão 7: Quais as dificuldades que você encontra para se prevenir?

IDÉIAS CENTRAIS

Não encontro dificuldades	Não ter preservativo na hora	O Preconceito	Álcool
----------------------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------

IC1: Não encontro dificuldades

DSC1: Não encontro dificuldade nenhuma de prevenção. Não vejo dificuldades de prevenção, porque perto de onde eu resido tem uma UBS e lá fazem distribuição de camisinha, quando estou precisando vou lá e pego, hoje em dia tem fácil acesso a preservativos, ou comprando na farmácia. Toda vez que eu vou para casa de alguém para ficar com a pessoa, sempre eles têm, quando não têm, vou embora.

IC2: Não ter preservativo na hora

DSC2: Na maioria dos casos, só quando não tem preservativo. A gente esquece de deixar preservativo na carteira, na mochila e, por exemplo, às vezes acontece de você estar na faculdade e acontecer alguma relação sexual e você está sem o preservativo.

IC3: O preconceito

DSC3: Um pouco de preconceito de lidar com isso, de tabu, de procurar e de pedir informação.

IC4: Álcool

DSC4: Às vezes eu acho que o álcool influencia muito, aí você fica “ah vai, uma vez só”.

Essa questão apresenta as dificuldades de prevenção por parte dos jovens. O grupo 1 apresenta três ideias centrais, sendo que a primeira ideia informa que eles não encontram dificuldade alguma. Na IC2, a dificuldade apresentada está relacionada ao parceiro tomar a decisão sobre usar ou não o preservativo. Segundo os resultados do estudo realizado em Cusco por Pérez-Pérez et al. (2015), o não uso do preservativo ocorre porque as pessoas, principalmente as mulheres, confiam em seus parceiros, ou estes impõem essa dinâmica na relação. Há ainda a percepção de que o prazer sexual é diminuído com o uso do preservativo, tanto masculino ou feminino. Observa-se que o grupo 1 é predominantemente composto por mulheres, o que pode representar a existência de um padrão machista de relacionamento, no qual os parceiros homens tomam a decisão de não usar o preservativo. Nesse sentido, o desejo e voz do homem possuem prioridade e maior valor no tocante às relações íntimas, tendo em vista que ele que usa a camisinha masculina e se diz prejudicado por isso. Muitas vezes, por pressão ou insistência, as mulheres cedem à essa imposição, o que gera risco a ambos.

Para Gonçalves et al. (2020), o fato de as mulheres estarem se infectando está associado à falsa sensação de proteção contra o vírus, pois ter um parceiro fixo lhes dá essa

ideia, tendo em vista que as relações de gênero se articulam com a dependência socioeconômica e afetiva de algumas mulheres com relação a seus companheiros. Segundo os autores, a desigualdade de gênero nas relações acaba por expor as mulheres a situações de maior vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. De certa forma, a submissão feminina frente à resistência masculina de não usar nenhum método de proteção, mesmo em relacionamentos não fixos, ou ainda o fato de conhecer o parceiro, também são utilizados como justificativas para o não uso do preservativo.

O grupo 2 apresentou que os universitários não têm dificuldades de se prevenir, pois relatam ter acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para conseguirem gratuitamente os insumos necessários, sendo importante lembrar que esses insumos também são distribuídos na UnB, através do Polo, de forma gratuita.

As dificuldades encontradas pelos estudantes do grupo 2 estão relacionadas ao fato de, na hora do ato sexual, não terem preservativos, principalmente porque se esquecem de levá-los consigo. Outra IC apresentada refere-se ao preconceito de lidar com o tema, ao tabu de falar sobre o assunto e de buscar informações, assim como à ingestão de bebida alcoólica, que leva a uma dificuldade de fazer uso de preservativos. Todas essas dificuldades são apresentadas pelo grupo que teve atendimento no Polo, demonstrando que, mesmo que se tenha informações, existem outros determinantes que se agregam ao conhecimento para que sejam trabalhadas estratégias de prevenção. Segundo Parker (2015), o estigma e a discriminação pioram a epidemia de aids. As razões que têm levado ao aumento do número de casos e dificultado ao enfrentamento da epidemia são as desigualdades de gênero, sexual, de raça, etnia, econômica, pois quanto maior é a vulnerabilidade, mais devastador é o estigma da doença

Para Cardoso et al. (2011), o uso do álcool está associado à diminuição da ansiedade e à crença de que ele poderia proporcionar um melhor desempenho sexual. Além disso, há

também a questão da diminuição da inibição, facilitado na realização de atos considerados difíceis de serem reproduzidos sem o efeito do álcool. Segundo os autores, a ingestão de bebidas alcóolicas favorece a diminuição na capacidade de discernir os riscos associados à infecção do HIV, dificultando a negociação do uso de preservativos.

Grupo 1 - Questão 8: Você já realizou a testagem para o vírus do HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Já realizei	Nunca realizei porque tenho medo
--------------------	---

IC1: Já realizei

DSC1: Já realizei.

IC2: Nunca realizei porque tenho medo

DSC2: Não, nunca realizei porque tenho medo, é constrangedor, amedrontador, porque falar de HIV é um tabu.

Tabela 6

Grupo 1 Geral – Questão 8 – Você já realizou o teste para o vírus HIV?

Respostas	Quantidade
Já realizei	6
Nunca realizei porque tenho medo	4

Grupo 2 - Questão 8: Você já realizou a testagem para o vírus do HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Sim, por medo de estar infectado	Sim, queria ver como era	Não, essa ia ser a primeira vez
---	---------------------------------	--

IC1: Sim, por medo de estar infectado

DSC1: Sei que no início eu fiquei nervoso, porque nunca se sabe, mas depois que realizei fiquei bem contente com o resultado. Nunca tinha feito um teste de HIV e sífilis, mas eu acho que é importante, porque sem você saber, às vezes no futuro pode vir a acarretar alguma coisa. Então é importante falar para os meus parceiros futuros, essas coisas. Senti medo, e antes de realizar o exame estava paranoico. Eu tive um sintoma de febre e falta de apetite, de uma virose normal, mas que também pode ser HIV. Quando ela me levou para uma salinha para dar o resultado, eu pensei “deu merda”. Ela vai me contar alguma coisa ruim. Eu passei por uma exposição, mas agora estou mais tranquilo.

IC2: Sim, queria ver como era

DSC2: Eu fiz porque nunca tinha feito, queria fazer para ver como era. Vim aqui direto, com meus amigos, falei “Gente, vou pegar uma doença, sei lá por que fiz sem camisinha, fiquei com medo”, vim aqui, o homem conversou comigo, explicou tudo direitinho. Aí você vai, faz o teste, dá um certo alívio o resultado. Estou me sentindo tranquilo, vim realmente só porque me dei conta de que nunca tinha feito nenhuma testagem, pelo menos conscientemente, não sei se quando eu era criança. Depois de ter iniciado uma idade sexualmente ativa eu nunca tinha feito. Acho muito importante saber novamente, não só pela minha saúde, mas pela dos outros, porque tenho conhecimento de doenças que podem ser assintomáticas. Então posso estar me sentindo super bem aqui e ter alguma coisa que eu não saiba, então vim para ter essa noção também.

IC3: Não, essa ia ser a primeira vez

DSC3: Não. Essa ia ser a primeira vez que eu faria o teste, mas o Polo estava fechado e era para estar aberto, né! Já vim no Polo outras vezes, mas essa seria a primeira que faria o teste

porque aconteceu de eu transar sem camisinha, aí vai que dá positivo. Estou nessa expectativa.

Os resultados do IC1 do grupo 1 são bastante significativos, pois revelam que o fato dos jovens não conhecerem o Polo na universidade não os impediu de realizarem os testes para HIV, o que é positivo. Isso indica que eles estão buscando a testagem fora do ambiente da universidade, ainda que o seu acesso por essa via, através do Polo de Prevenção seja um fator facilitador da testagem.

A IC2 do grupo 1 mostra que a não realização dos testes pelos jovens está relacionada ao medo e ao constrangimento, tendo em vista que falar sobre HIV ainda é um tabu, assim como ocorre com muitas questões de saúde e sexualidade. Nesse sentido, o estudo de Parker (2019) evidencia que o medo ainda é uma barreira para a não realização de testagens.

O DSC apresentado pelos alunos da universidade que participaram do estudo no grupo 2 traz a informação de que os jovens que realizam o teste para o HIV o fizeram pelo fato de terem medo de estarem infectados e além disso, o teste foi realizado por terem curiosidades de como ocorre sua realização. Contudo, devemos considerar que ainda ocorreram relatos de quem não tenha realizado o exame porque o Polo estava fechado, embora a pessoa tenha ido ao local no horário em que o mesmo deveria estar aberto, e essa perda de oportunidade pode gerar um impacto negativo e desestimular a busca de testagem. Em seus artigos, Bermúdez et al. (2017) e Fu et al. (2018) apresentaram que o grupo populacional mais jovem realiza poucos testes para saber se está ou não infectado pelo HIV, e os motivos para tanto são o medo de saber que o teste resultou positivo e o consequente medo do preconceito que isso acarreta e por isso preferem ignorar e não saber acerca da infecção. Essas questões que envolvem a discriminação corroboram com os achados no presente estudo.

Em Fu et al. (2018), recomenda-se a realização de intervenções em educação e saúde para que sejam reduzidos o estigma e a discriminação, assim como a necessidade de informação ampla sobre os locais que fazem o teste de sorologia para HIV e outras infecções de forma gratuita. Os autores orientam ainda que seja realizado treinamento de voluntários para que atendam em centros de testagem, e que eles se localizem dentro da universidade. Não menos importante é a cooperação entre vários setores e departamentos, envolvendo a comunidade, a universidade e o governo nas ações de prevenção e controle do HIV/aids, buscando um trabalho intersetorial na promoção de conhecimento sobre o uso correto de métodos preventivos, identificação precoce de sintomas, realização do teste e busca de tratamento o mais rápido possível (Fu et al., 2018)

Após a realização das entrevistas, quando falávamos da importância de se realizar a testagem, observamos o impacto do esclarecimento sobre a janela imunológica para os entrevistados e a falta de conhecimento sobre o assunto. Janela imunológica é o período entre a infecção e a produção de anticorpos contra o HIV pelo organismo. É importante frisar que o teste não detecta o vírus, mas sim o anticorpo, que é a reação do corpo ao HIV. O prazo para que o organismo produza defesa é em média 30 dias após a exposição (Ministério da Saúde, 2018). A partir disso, foi realizado o esclarecimento sobre a importância de se saber se a infecção pelo vírus do HIV ocorreu ou não, pois quanto antes a pessoa tiver essa informação, mais cedo pode iniciar o tratamento, evitando o adoecimento e diminuindo o risco de transmitir vírus para outras pessoas.

Grupo 1 - Questão 9: Você sabe informar se o seu parceiro já realizou a testagem para o HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Não, nunca perguntei	Sim, sei que uns já realizaram
-----------------------------	---------------------------------------

IC1: Não, nunca perguntei

DSC1: Não, nunca perguntei se realizaram a testagem.

IC2: Sim. Sim, sei que uns já realizaram

DSC2: Sim, sei que uns já realizaram.

Tabela 7

Grupo 1 – Questão 9 – Você sabe informar se seu parceiro já realizou o teste do HIV?

Respostas	Quantidade
Não, nunca perguntei	5
Sim, sei que já realizou	5

Grupo 2 - Questão 9: Você sabe informar se o seu parceiro já realizou a testagem para o HIV?

IDÉIAS CENTRAIS

Não existe essa conversa

IC1: Não existe essa conversa

DSC1: Não existe essa conversa, principalmente quando é encontro mais casual, tenho parceiros aleatórios e nenhum relacionamento sério. Então não sei informar, acho que nunca fez.

Essa questão vem complementar a pergunta anterior e, segundo Fu et al. (2018), a não realização do teste por parte dos jovens está relacionada ao medo de saber se estão infectados pelo HIV, sendo que aqueles com maior percepção do risco de infecção pelo HIV são os mais propensos a realizar o teste, assim como apresentam ter atitudes consideradas menos discriminatórias.

Em ambos os grupos, o DSC enfatiza a não existência de conversa com os parceiros sobre o tema e, desse modo, não sabem informar se estes realizaram ou não o teste para HIV, principalmente quando o encontro é casual. Essa questão demonstra a falta de diálogo entre parceiros e, segundo Barbosa et. al (2019), é necessário que se discuta sobre questões de gênero e sexualidade, pois essa lacuna na comunicação ocorre por falta de diálogo nas famílias, nas escolas e na comunidade. Segundo os autores, as pessoas fazem sexo, mas não falam sobre ele. É necessário entender que a sexualidade está envolta em valores que envolvem questões culturais, religiosas e vivenciais. Muitas vezes, sexo e sexualidade são considerados assuntos proibidos dentro dos núcleos familiares e tais temas não são permitidos nem discutidos. Desse modo, as universidades passam a ser vislumbradas pelos estudantes como um lugar de liberdade e de possibilidade de fala, pois eles se sentem livres para conversarem e se manifestarem com amigos e colegas. Além disso, com a diversidade que a universidade apresenta, eles passam a conhecer mais questões sobre vários temas, incluindo sexualidade e questões de gênero, principalmente pela convivência com outros alunos. Nesse ambiente mais acolhedor, fala-se sobre relacionamentos, relação sexual, afinidades, grupos sociais, doenças e métodos contraceptivos, de modo natural e diversificado (Bermúdez et al., 2017).

Grupo 1 - Questão 10: Quais os motivos que levariam você a não usar o preservativo?

IDÉIAS CENTRAIS

Não gosto de usar	Por confiar no parceiro	Sempre uso	Se eu quiser ter filhos	Utilizo outros métodos contraceptivos
--------------------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------------	--

IC1: Não gosto de usar

DSC1: Eu não uso preservativo porque a sensação é melhor sem, porque não é cômodo fazer com a camisinha, é incômodo, atrapalha. Não usaria pela pouca sensibilidade ou sentir apertando.

IC2: Por confiar no parceiro

DSC2: Se tivesse certeza de que a pessoa não tem nenhuma doença sexualmente transmissível. Talvez por confiança demais na pessoa e pelo calor do momento mesmo. Às vezes a gente não pensa nas consequências ali no momento.

IC3: Sempre uso

DSC3: Eu utilizo sempre, não consigo pensar em um, porque eu sou bem rígida com isso.

IC4: Se eu quiser ter filhos

DSC4: A questão de ter filhos que me faria não usar preservativo, se eu quiser engravidar.

IC5: Utilizo outros métodos contraceptivos

DSC5: Se tivesse algum tipo de método contraceptivo, tipo um DIU por exemplo, eu ficaria tranquila porque aí eu saberia que eu teria risco baixíssimo de engravidar.

Grupo 2 - Questão 10: Quais os motivos que levariam você a não usar o preservativo?

IDÉIAS CENTRAIS

Ter relacionamento estável	Se a pessoa fez exames	Esquecimento
Fetichismo	Se estiver fazendo uso de anticoncepcional	Ter ingerido bebida alcóolica

IC1: Ter relacionamento estável

DSC1: Estar num relacionamento estável. É o único motivo que me vem à cabeça para não usar o preservativo. Se bem que eu não estava em relacionamentos estáveis e não estava usando. Não sei o que passou na minha cabeça, só pensei em continuar. Quando a gente se apaixona a gente fica idiota, aí faz tudo que o outro quer, pediu para não usar camisinha, se eu usar, vai me deixar. Se eu conhecesse uma pessoa há muito tempo, se namorar com a pessoa confiável, se não está me traindo com todo mundo, não tem por quê.

IC2: Se a pessoa fez exames

DSC2: Primeiramente, conhecer a pessoa e perguntaria se fez alguns exames, algum tipo de testagem.

IC3: Esquecimento

DSC3: Esquecimento mesmo, não tem outro motivo. Uma foi esquecimento e a outra, uma camisinha estourou aí eu falei “Ah, já estourou. Se for para não ficar doente não tem mais para onde correr, então vamos sem mesmo”.

IC4: Fetichismo

DSC4: Algumas pessoas têm fetichismo de fazer sexo sem preservativo.

IC5: Se estiver fazendo uso de anticoncepcional

DSC5: Se tivesse ciência de que não é período fértil e se estiver fazendo uso de anticoncepcional, esse seria o contexto de não usar o preservativo.

IC6: Ter ingerido bebida alcoólica

DSC6: Vou falar o álcool, no calor do momento só se deixar levar, não pensar direito nas consequências que poderia trazer.

Essa questão refere-se aos motivos que levam aos jovens universitários a não fazerem uso do preservativo, e os grupos 1 e 2 apresentam uma variedade de resultados. No

grupo 1, entre os motivos do não uso do preservativo estão o fato de não gostarem da sensação, a confiança no parceiro, o esquecimento das consequências do não uso do preservativo e a vontade de ter filhos. Esse grupo trouxe também a informação de que alguns entrevistados utilizam sempre preservativo, pois para eles não existem motivos para não usar. Na IC5 do grupo 1, o uso ou não do preservativo está relacionado ao fato de uma possível gravidez, mas não à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Para Delatone e Dias (2015), a juventude está relacionada à ideia de inovação, beleza, ousadia, coragem e sexualidade, e argumentam que os jovens tendem ao não uso do preservativo, tendo informações inadequadas e incompletas sobre como utilizá-lo. O uso do preservativo está mais relacionado à prevenção de uma gravidez, mostrando que regularmente os jovens desconsideram a questão de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. As autoras reforçam a importância da comunicação familiar sobre o assunto, mas essa informação, quando ocorre, é percebida como incompleta, existindo uma dificuldade na comunicação e no vínculo de confiabilidade, assim como a ideia de postergação da vida sexual dos filhos, dificultando que se estabeleça um diálogo sobre sexualidade e contracepção.

No grupo 2, uma das ideias centrais é sobre o relacionamento estável, ou seja, já que o parceiro é fixo e estão em um relacionamento, não haveria motivo para usar preservativo, pois não teria chance de contaminação por outras pessoas.

Os estudos de Barbosa et al. (2019) e Plutarco et al. (2019) apontam que o não uso de preservativo está relacionado às pessoas que se apresentam em situação conjugal estável, mesmo essas tendo conhecimento da ação protetora do preservativo. As mulheres representam o grupo de maior vulnerabilidade oriundo de relações sexuais desprotegidas com indivíduos do sexo masculino e as razões para o não uso é a falsa percepção de segurança pelo afeto entre os parceiros, além da recusa do homem.

As demais ideias centrais do grupo 2 relacionadas aos motivos do não uso do preservativo envolvem o esquecimento, a frequência com que o preservativo rasga, o fetiche de ter relações sexuais sem preservativo e o fato de ingerirem bebidas alcoólicas e de estarem fazendo uso de anticoncepcional.

Para Barbosa et al. (2018), em relações heterossexuais, num contexto de uma sociedade patriarcal, a decisão do uso do preservativo frequentemente cabe ao homem. Para que essa realidade se modifique, é necessário o empoderamento das mulheres, com a intenção de que elas tomem suas próprias decisões. Os autores apresentam um estudo realizado no DF que concluiu que mulheres casadas representam o grupo de maior vulnerabilidade ao risco do não uso do preservativo entre as brasileiras. Entre 2007 a 2017, 96% dos casos notificados para HIV/aids foram oriundos de relações sexuais desprotegidas (Barbora et al., 2018).

Grupo 1 - Questão 11: Como é o uso do preservativo após a ingestão de álcool e outras substâncias?

IDÉIAS CENTRAIS

Há interferência	Nunca pensei sobre
-------------------------	---------------------------

IC1: Há interferência

DSC1: Quem bebe usa menos preservativo. O uso de álcool e drogas em geral podem tornar a gente mais negligente, aumentando o risco de não usar, porque fica sem noção do que está acontecendo. Muitos usam álcool para relaxar e pode rolar de esquecer, não prestar atenção nesse detalhe, principalmente se for em ocasião de festas, de não estar em sã consciência, e não lembrar. Vai perder um pouco da coordenação motora, pode colocar errado, acontecer

de rasgar durante a relação sexual. Então, interfere sim, com a maioria das pessoas. A droga e os alucinógenos também interferem no sentido de que na hora a pessoa não pensa ou não lembra e, se lembra, deixa ir por conta do momento.

IC2: Nunca pensei sobre

DSC2: Nunca pensei se o uso do álcool ou de outras substâncias podem fazer com que não se use preservativo, acho que não tem nenhuma interferência.

Grupo 2 - Questão 11: Como é o uso do preservativo após a ingestão de álcool e outras substâncias?

IDÉIA CENTRAL

Tem menos chance de usar

IC1: Tem menos chance de usar

DSC1: Interfere quando a pessoa está muito alterada, não coloca direito e quando vê, já foi. Não lembra das coisas que faz, e quando é no outro dia, vem as consequências. Às vezes não conhece a pessoa e não sabe de nada e aí pensa: nossa, fiz algo errado, aí vai fazer um exame, uma testagem, e se depara com alguma doença ou coisa do tipo. Quando a gente está sob o efeito do álcool, não tem muita responsabilidade, não pensa direito. Você está com algum amigo, com alguma pessoa e pode acontecer de ter relação, só que você saiu sem o preservativo e faz coisa que não quer. Pode perder destreza na hora de colocar um preservativo nesse estado. Tem menos chance de usar, porque pode perder o sentido e não saber colocar a camisinha. Interfere bastante. A pessoa bebeu e faz coisa que não quer, a pessoa fica fora do sentido. Não sabe nem colocar a camisinha.

Tabela 8

Grupo 2 – Questão 11 – Como é o uso de preservativo após a ingestão de álcool?

Respostas	Quantidade
Tem menos chance de usar	10

Em ambos os grupos, é relevante observar que os jovens percebem que a ingestão de bebida alcoólica e o consumo de substâncias interferem na utilização do preservativo, seja ele feminino ou masculino. Apresenta-se que a ingestão de bebidas alcólicas pode fazer com que se esqueça de pegar o preservativo no momento do ato sexual, assim como é causa da diminuição da coordenação motora, o que faz com que as pessoas não consigam colocar o preservativo já que seus sentidos ficam alterados.

O uso dessas substâncias antes das relações sexuais é considerado como um fator de risco devido ao estado de êxtase, raciocínio diminuído e sensação de invulnerabilidade. A alta ingestão de álcool acarreta a diminuição do centro crítico da pessoa, que fica mais expansiva, já que o álcool tem ação direta no Sistema Nervoso Central e age como um depressor das funções cerebrais. Assim, o jovem pode ficar mais extrovertido, não lembrar das atitudes que toma, podendo esquecer que é preciso utilizar o preservativo (Mesquita et al., 2017).

Para Loyola (2013), o uso de bebidas alcoólicas se inicia na adolescência e acompanha a pessoa durante o seu desenvolvimento, como um comportamento de risco que limita os cuidados em saúde, tendo a família um papel fundamental na comunicação com os adolescentes sobre cuidados com a saúde, podendo estimular, vivenciar e incentivar um comportamento preventivo, tais como os hábitos saudáveis. O uso de álcool sempre foi identificado como um comportamento mais frequente em homens, mas pesquisas recentes mostraram que as mulheres jovens tendem a consumir quantidade igual ou maior, quando em ambientes mistos de gênero (Lindong et al., 2017).

Nas anotações do diário de campo, foi registrado que os jovens encontram na ingestão de bebida alcoólicas um momento de relaxamento, de coragem para perder a timidez e uma forma de enfrentamento das dificuldades, pois se sentem livres das pressões, dos medos e inseguranças, tendo em vista que os medos se tornam menores, e por um instante, podem se esquecer tudo. Contudo, posteriormente o arrependimento aparece. Tal fato evidencia a importância de ações de educação em saúde, visando a promover uma compreensão adequada a respeito dos danos correlatos ao uso de álcool e outras drogas.

De acordo com Gomes et al. (2017), ainda são desafiadores o entendimento e as intervenções para a prevenção do HIV no âmbito do uso de álcool e drogas. Assim, é necessário que sejam realizados estudos que busquem um aprofundamento das análises dos aspectos socioculturais e individuais que permeiam o tema, para planejar intervenções apropriadas aos jovens.

Grupo 1 - Questão 12: Quantas relações teve no último mês e em quantas usou preservativo?

IDÉIAS CENTRAIS

Não uso preservativos	Uso sempre	Faço abstinência
------------------------------	-------------------	-------------------------

IC1: Não uso preservativos

DSC1: Em média, 4 relações sexuais por mês. Não uso preservativos porque: meu parceiro é fixo, fazemos o teste, não achamos interessante e não nos preocupamos.

IC2: Uso sempre

DSC2: Em média, 4 relações sexuais por mês. Uso em todas as vezes.

IC3: Faço abstinência

DSC3: Faço abstinência de relações sexuais por motivo religioso.

Grupo 2 - Questão 12: Quantas relações teve no último mês e em quantas usou preservativo?

IDÉIAS CENTRAIS

Não usei todas as vezes	Não tive relação no último mês	Usei todas as vezes
--------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

IC1: Não usei todas as vezes

DSC1: Em média tive 4 relações sexuais e não utilizei todas as vezes, em média não usei na metade delas.

IC2: Não tive relação no último mês

DSC2: No último mês, não tive relação sexual.

IC3 Usei todas as vezes

DSC3: Em média 3 relações sexuais. Utilizei preservativos em todas as relações sexuais.

Os resultados encontrados nos grupos 1 e 2 demonstram que os estudantes universitários que participaram da pesquisa não utilizam o preservativo com frequência, e os motivos estão relacionados a terem parceiro é fixo, realizarem o teste, por não considerarem interessante e não estarem preocupados. Foi apresentado também nos dois grupos o não uso de preservativos por motivos religiosos e por não ter tido relações sexuais. As várias questões apresentadas na entrevista com os jovens universitários que participaram do estudo confirmam que, mesmo tendo conhecimento da importância do uso do preservativo com estratégia de prevenção para infecção do HIV, o seu uso frequente não é habitual.

Barbosa et al. (2018) descrevem que, após intervenções comportamentais de educação em saúde sexual, houve um aumento do uso de preservativos, mostrando a

importância de ações educativas com o objetivo de promover seu uso correto. Nesse sentido, Teixeira, et al. (2006) argumentam que o diálogo entre os parceiros interfere positivamente no uso do preservativo, indicando a importância das políticas de prevenção e de educação sexual, com enfoque no caráter relacional do uso do preservativo e não apenas na ótica da responsabilidade individual. O mesmo estudo relata que a escolaridade da mãe do respondente está associada ao uso do preservativo para ambos os sexos, demonstrando que o uso de preservativos é mais elevado na população mais instruída e nos estratos socioeconômicos mais altos.

O estudo de Almeida et al. (2017) vem corroborar com o estudo anterior, e se refere a uma associação positiva dos jovens que conversam com a genitora sobre o uso de contraceptivos, sexo e vida sexual. Todavia, a escola ainda é a principal fonte de informação sobre as ISTs para os jovens, demonstrando a importância das instituições de ensino na função de educador sexual no ambiente escolar.

Grupo 1 - Questão 13: Você já ouviu falar de autoteste?

IDÉIAS CENTRAIS

Não, nunca ouvi falar

IC1: Não, nunca ouvi falar

DSC1: Não, nunca ouvi falar sobre autoteste.

Tabela 9

Grupo 1 – Questão 13 – Você já ouviu falar de autoteste?

Respostas	Quantidade
Não, nunca ouvi falar	10

Grupo 2 - Questão 13: Você ouviu falar de autoteste?**IDÉIAS CENTRAIS**

Não, não ouvi falar	Sim, sei que custa R\$ 70,00
----------------------------	-------------------------------------

IC1: Não, não ouvi falar

DSC1: Não, não ouvi falar sobre o autoteste

IC2: Sim, sei que custa R\$ 70,00

DSC2: Sim. Sei que custa uns R\$ 70,00, mas nunca fiz. Já tenho medo de fazer aqui, imagina se fizer em casa, me mato.

A questão se refere ao conhecimento por parte dos estudantes sobre o autoteste e apresenta que os jovens não o conhecem. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o autoteste é um processo no qual uma pessoa coleta sua própria amostra de fluido oral ou de sangue e em seguida realiza o teste e interpreta o resultado sozinho ou acompanhado de alguém, preconizando a autonomia do indivíduo. Os resultados que aparecem são: reagente quando o é positivo, indicando que a pessoa pode estar infectada pelo HIV; e não reagente quando é negativo, ou seja, a pessoa não foi infectada.

De acordo com a Cartilha de Diretrizes para a Distribuição do Autoteste de HIV no Brasil (Ministério da Saúde, 2020), o autoteste representa um passo para aumentar a autonomia do indivíduo, descentralizar os serviços e criar demanda de testagem para detecção da infecção pelo HIV entre aqueles que não são atendidos pelos serviços de saúde ou que precisam ser testados com maior frequência devido à contínua exposição ao risco. Ele tem boa aceitabilidade, pois está associado à privacidade, conveniência e facilidade do

uso. O Ministério da Saúde afirma também que se pretende que o indivíduo seja capaz de, após a realização do autoteste, buscar os serviços de saúde caso o resultado seja positivo (Ministério da Saúde, 2020).

Contudo, confrontando essa diretriz do Ministério da Saúde, vê-se que um dos discursos do sujeito coletivo do grupo 2, apesar do conhecimento sobre o autoteste, existe o medo da possível reação caso seja descoberto que o resultado do exame foi positivo. Foi afirmado que não sabem qual seria a reação na hora e que existe o medo de suicídio. Há ainda a preocupação com a possível reação das pessoas com quem convivem. Essa questão nos traz a reflexão sobre a disponibilização comercial do teste em farmácias, e se eles não deveriam ser realizados somente em serviços de saúde ou ainda, qual deve ser a estrutura necessária para oferta de apoio psicossocial, caso seja necessário.

Nesse sentido, Monteiro et al. (2019) fazem uma revisão sistemática da literatura internacional de 2005 a 2015 a respeito da utilização do teste rápido como estratégia para diminuir a circulação do vírus e romper a cadeia de transmissão. Para que isso possa ocorrer, deve-se realizar o diagnóstico o mais rápido possível, assim como o início da terapia antirretroviral (TARV), com o objetivo de identificar os casos positivos e assegurar acesso e adesão ao tratamento. Segundo os autores, no tratamento como prevenção, os testes rápidos, além da estratégia de ampliação dos locais de testagem, fazem com que ocorra o predomínio de uma lógica mais tecnocrata e biomédica das intervenções, passando a ter como foco os indivíduos acometidos pela infecção do HIV. Eles afirmam ainda que é importante realizar uma análise crítica do autoteste, além de apresentar os aspectos negativos e positivos da realização do teste rápido. Entre os pontos positivos, está a ampliação do acesso ao diagnóstico entre as populações mais vulneráveis ao HIV. Por outro lado, a aceitabilidade da sua adoção tem sido motivo de discussão entre pesquisadores, gestores e ativistas, pois alguns defendem que descobrir o resultado positivo sem ter respaldo de

aconselhamento pré e pós-teste pode gerar consequências não previstas pelo indivíduo. Como se percebe, tais questões devem ser analisadas constantemente para entendermos se o acesso ao teste rápido fora de um contexto que atenda às demandas de um resultado positivo trarão benefícios ou um impacto negativo a vida humana.

Vale ressaltar que o autoteste é um tipo de teste rápido, mas auto aplicado pelo próprio indivíduo. Todavia, a aceitabilidade da adoção dele, tem sido motivo de discussão entre pesquisadores, gestores e ativistas, pois uns defendem que descobrir o resultado positivo sem ter respaldo de aconselhamento pré e pós teste pode gerar consequências não previsíveis ao indivíduo. Essas são questões que devem ser analisadas constantemente, para refletir se o acesso ao teste rápido fora de um contexto que atenda as demandas que podem emergir de um resultado positivo, trarão benefícios ou um impacto negativo a vida humana.

Grupo 1 - Questão 14: Você conhece o Polo de Prevenção de IST/AIDS? Como ficou sabendo?

IDÉIAS CENTRAIS

Não, não conheço	Sim, pelos colegas e anúncio no aplicativo
-------------------------	---

IC1: Não, não conheço

DSC1: Não, não conheço. E nunca ouvi falar

IC2: Sim pelos colegas e anúncio no aplicativo

DSC2: Sim, porque os colegas já me falaram e no aplicativo de sexo rápido. Já passei na frente e sempre tem filas, é difícil achar o Polo, ele é escondido, é sujo, é frustrante e mostra um descaso.

Tabela 10

Grupo 1 – Questão 14 – Você conhece o Polo de Prevenção de IST/AIDS? Como ficou sabendo?

Respostas	Quantidade
Não, não conheço	7
Sim, pelos colegas e anúncios nos aplicativos	3

Grupo 2 - Questão 14: Como você conheceu o Polo de Prevenção de IST/AIDS?

IDÉIAS CENTRAIS

Soube por outras pessoas	Por mídia social	Panfletos e cartazes	Passando na frente do Polo
---------------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

IC1: Soube por outras pessoas

DSC1: Pessoas daqui mesmo que me falaram, os próprios colegas e amigos, ouvi falar que aqui tinha a testagem. Foi engraçado porque alguém já tinha falado que existia polo de saúde dentro da UnB, uns colegas comentaram, foi assim que eu soube sobre a existência dele. Não sei o que o Polo fornece, só sei da testagem mesmo, dos exames para ver se tem algum reagente e sempre que a gente tiver alguma dúvida eles tiram, mas se fornece outros serviços, eu não sei dizer.

IC2: Por mídia social

DSC2: Por mídia social, eu utilizava um aplicativo e lá tem um perfil do Polo, que eu achei até interessante, até respondi porque o pessoal não tem noção que na UnB tem um Polo de prevenção para fazer testagem e tal. Mas de DST foi num aplicativo de sexo rápido e de um perfil no Instagram chamado UnB Paquera, então pensei: “ah, estou querendo fazer mesmo, é de graça. É bom que eu já faço porque tem muito tempo que não faço”. Me mandaram lá

no WhatsApp uma imagem daqui, é porque tem campanha nessa semana, estão fazendo os testes.

IC3 Panfletos e cartazes

DSC3: Tem vários cartazes espalhados pela faculdade, ia passando e vi, foi como fiquei sabendo da testagem, fui ali embaixo perguntar e me informar direitinho, que era aqui em cima. Minha amiga me mostrou um panfleto. A localização dele é bem escondida, nem todo mundo sabe, eu não sabia, fiquei sabendo por que li o panfleto. Olha, sei que tem testagens para as ISTs, eu sinceramente não sei quais são, lembro de ter lido alguma coisa de que era pra aids e sífilis, também sei de distribuição de preservativo gratuito, mas não lembro se camisinha feminina, mas acho que sim, masculina eu sei que tem. Não sei de outras funções, de outros serviços que ele fornece, mas se a gente tiver alguma dúvida, eles tiram.

ICS4 Passando na frente do Polo

DSC4 Conheci quando era caloura, subia pela escada, passava em frente e via ele toda vez, e depois li que lá se fazia testagem.

A questão 14 é a única diferenciada, pois foi necessário fazer a adaptação para que atendesse aos dois grupos de pesquisa. A pergunta realizada no grupo 1 apresentou o discurso majoritário de desconhecimento do Polo, enquanto na IC 2, foi afirmado que é conhecido através de indicação de colegas, por mídia social, ou pela pessoa ter passado na frente. É importante observar que foi mencionado na IC2 do grupo 1 que o Polo é um local que não é atrativo, tendo em vista que ele foi considerado um lugar sujo, feio, escondido e frustrante.

Nas anotações do diário de Campo, foi observado que os alunos passam em frente ao local e alguns param para observar e logo depois seguem em frente. Ademais, foi registrado também que, para os jovens, o tempo de espera para o resultado causa tensão. De acordo

com eles, quando o resultado é negativo, o processo de entrega é rápido, e quando positivo, demoram mais para sair, então as pessoas precisam aguardar um tempo, demonstrando que algo não está bem. Se a espera é demorada, algo pode estar errado e há chances de estarem infectados e isso causa imediato desespero, aflição e desconforto.

Grupo 1 - Questão 15: Como você acha que a prevenção do HIV/aids deve ser trabalhada na UnB? Como você gostaria de receber essa informação?

IDÉIAS CENTRAIS

Deveriam ser realizadas palestras, ter gente falando sobre o assunto, como rodas de conversa	Fazer campanhas	A Universidade deveria promover o Polo	Aulas
---	------------------------	---	--------------

IC1: Deveriam ser realizadas palestras, ter gente falando sobre o assunto, como rodas de conversa

DSC1: Tem que acontecer mais coisas como agora, pessoas virem conversar como você está fazendo, porque é importante conversar sobre o assunto com alguém, porque na família isso é um tabu. As pessoas não falam e isso é um problema. Não vejo ninguém da universidade dando instruções de prevenção. Na UnB não falam sobre isso e aqui tem muito jovem que precisa escutar e são coisas que os pais não conversam em casa. Ninguém conversa sobre isso, as pessoas têm vergonha de falar. A gente imagina que não tem a possibilidade de ter o HIV, não passa pela nossa cabeça. Tem que ter um espaço aberto onde se possa conversar sobre o assunto. Deveriam ser realizadas palestras, ter gente falando sobre o assunto, como rodas de conversa.

IC2: Fazer campanhas

DSC2: O trabalho na Universidade tem que ter impacto, tem que trazer dados históricos e atuais dentro de um contexto, assim como são as campanhas contra o cigarro, mostrando o que acontece, que nos ensine a usar camisinha, o porquê de fazer o teste, como fazer o teste. Tem que ser mostrado onde a doença pode levar e como deve ser evitada. Tem que aumentar o acesso à informação, trazer dados históricos e atuais, tem que provocar reflexão. Não devemos ter preconceito com as pessoas com HIV, é preciso provocar uma reflexão, porque as pessoas acham que sabem e não sabem. Distribuir cartazes informativos mostrando os dados, espalhados na Universidade inteira. A Universidade inteira tem que estar envolvida, provocando o assunto. A UnB poderia criar uma página de publicidade de livre acesso aos alunos.

IC3: A Universidade deveria promover o Polo

DSC3: A Universidade deveria promover mais o Polo, ele tem que estar aberto sempre, pois muitas vezes que eu o passei estava fechado. Não se deve reforçar somente o teste, mas construir um processo de educação continuada, verificar as demandas que aparecem. Hoje tem os remédios, pegou HIV, faz o teste, toma o coquetel e está tudo bem. Eu vejo que as pessoas acham que somente homoafetivos e prostitutas contraem o vírus. As pessoas têm vergonha de falar, têm medo do preconceito. A falta de informação e o medo de morrer faz com que as pessoas não queiram saber. Os profissionais têm que atender o povo de uma forma mais humana.

IC4: Aulas

DSC4: É uma questão de ter aula mesmo, colocar matérias no plano de disciplinas.

Grupo 2 - Questão 15: Como você acha que a prevenção do HIV/aids deve ser trabalhada na UnB? Como você gostaria de receber essa informação?

IDÉIAS CENTRAIS

Promover o Polo por mídias e cartazes	Acho que deveria ter mais rodas de conversa sobre isso	Gostaria de receber informações por redes sociais	Performances
--	---	--	---------------------

IC1: Promover o Polo por mídias e cartazes

DSC1: Acho que tem que melhorar esse Polo, divulgar mais, por exemplo, ter anúncio mesmo, ter feiras, aquelas bancas de conscientização e pela página da UnB, panfletos, cartazes. Deveriam colocar mais cartazes em toda a extensão da universidade, cartazes grandes que chamem a atenção, porque quando a pessoa a passa, ela para. Pela pluralidade de pensamentos que tem na universidade, não seria incômodo passar no corredor e ver um cartaz falando que vai ter uma roda de conversa sobre uma doença, sobre HIV e aids. Acho que não geraria um desconforto para os universitários. Devia ser mais exposto, porque eu não sabia até meus amigos falarem, não fazia ideia que tinha isso. Não sei, uma cartilha de publicidade e propaganda, porque foi difícil achar o Polo aqui, é um pouco escondido. De repente uma coisa que poderia ser feita é a secretaria da saúde fazer algum tipo de cartilha mais resumida falando sobre aids e prevenção, porque eu confesso pra você, peço desculpa por não estar atualizada, mas eu nem sabia disso: que tinha aumentando ocorrência. Acho que seria interessante que a UnB disponibilizasse pela página oficial, assim como no Instagram oficial, isso chama atenção. Acho que deveria espalhar mais cartazes, anunciar mais nos cursos.

IC2:Acho que deveria ter mais rodas de conversa sobre isso

DSC2: Acho que deve ter mais roda de conversa sobre isso, para ter mais informação, seria legal ter em cada curso para não ter desculpa de não ir, para não falar que é longe, porque muita gente usa essa desculpa. Tinha que ter uma em cada canto da universidade. As pessoas estão muito voltadas aos seus problemas e não percebem que pessoas estão ficando doentes

novamente num grau alarmante. A universidade consegue acessar o e-mail de todos os alunos e, quando ela precisa, ela envia, então poderia convidar e marcar rodas de conversa para os alunos, umas palestras, umas feiras. Acho que poderia ter roda de conversa pra jovens homossexuais para lidar com esse tipo de assunto. Outra coisa, de repente, seria uma semana de conscientização a respeito, que trouxesse palestrantes, seja da área da saúde, seja pessoas que lidam com HIV todos os dias, próprias pessoas portadoras pra falar da experiência e falar de tudo: dos métodos contraceptivos, da doença em si, acho que seria interessante.

IC3: Gostaria de receber informações por redes sociais

DSC3: Acho que a universidade tem que passar informações rápidas sobre o HIV, utilizar o WhatsApp e as redes sociais, porque é uma coisa que todo mundo utiliza. É fácil de ler em 10 minutos e a pessoa se informa, porque nem todo mundo tem disponibilidade de participar de uma roda de conversa e não são todas as pessoas que se abrem. Eu não sei se me abriria numa roda de conversa. Gostaria de receber informações por redes sociais ou por uma conversa como a de agora, até um panfleto bem informativo, acho que pela internet é o mais rápido acesso, que todo mundo tem. A informação tem que chegar de uma forma fácil, chamando atenção para o Polo, divulgando mais, nas páginas da internet no Instagram, da faculdade, no Facebook, nas redes sociais da UnB.

IC4: Performances

DSC4: Acho essa pergunta um pouco difícil, mas pela minha vivência aqui na UnB coisas que chamam muita atenção aqui, por exemplo, são performances. Então, de repente, uma performance de grande porte voltado para aids e o HIV, acho que seria uma coisa interessante, chamaria atenção das pessoas pelo menos.

A questão 15 aborda as sugestões dos entrevistados referentes à prevenção, mas com enfoque em como gostariam de receber as informações e como deve ser trabalhado o tema

pela universidade. As sugestões são bastante variadas, abrangendo muitas formas de comunicação. O grupo 1 traz no DSC a referência a diálogos realizados entre a pesquisadora e o entrevistado, evidenciando que a conversa com pessoas fora do grupo familiar é importante, principalmente quando não se consegue discutir com a família sobre determinados assuntos devido ao tabu e à vergonha. Mesmo na universidade, os jovens falaram que percebem a falta de diálogo da instituição com o corpo discente sobre prevenção, e na universidade há muitos jovens que precisam falar e escutar coisas que os pais não conversam em casa, porque têm vergonha de falar.

É preciso, assim, que se tenha um espaço seguro para conversar. Para o grupo 1, o Polo deve ser promovido pela UnB, sendo importante que esteja sempre aberto, que receba a todos indistintamente, seja um lugar acolhedor e que respeite a adversidade. Além disso, é necessário fazer testes, palestras, educação continuada e o atendimento tem que ser humanizado, ou seja, é preciso que seja um lugar onde não se tenha medo ou vergonha de ir, de falar, de ser criticado.

Os resultados do estudo sobre o grupo 2 revelam que para os jovens universitários, o Polo deve ser reestruturado para melhorar, além de dever ser mais divulgado. Eles ressaltam ainda que devem ser realizadas, através dele, estratégias que informem os alunos sobre prevenção e abordem o assunto através de cartazes, panfletos, rodas de conversa, anúncios, e-mails e cartilhas, de forma que todos tenham acesso à informação e cada pessoa escolha aquela que mais se adapta ao seu perfil.

É importante que a divulgação sobre o trabalho do Polo seja ampla, para atender a pluralidade de pensamentos que existe na universidade. Outra questão não menos importante que o DSC trouxe foi a localização do Polo, que deve ser em local estratégico e de fácil acesso, pois é necessário que o espaço seja voltado para acessibilidade e inclusão. Pode-se

observar com clareza que os componentes do grupo 1 e 2 apresentam respostas bastante semelhantes sobre os modos de promoção do Polo,

Tais resultados reforçam a necessidade de estratégias de intervenção em saúde nas universidades, para que a comunidade acadêmica possa ter maior conhecimento sobre questões de saúde pública, além da oferta gratuita do teste de sorologia para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. É necessário também que sejam realizadas campanhas estratégicas recorrentes, bem dirigidas e focadas, visando a reduzir a vulnerabilidade dessa população, respeitando a diversidade existente no meio acadêmico.

De acordo com Fu et al. (2018), deve-se estimular o interesse dos estudantes a procurarem os centros de testagem. Além disso, é necessário que ocorra educação em saúde; treinamentos de voluntários e que os centros de testagens estejam localizados no mesmo local da universidade. Deve-se compreender, ainda, os comportamentos diferenciados relativos às questões de gênero, raça, orientação sexual e classe, quando se busca estratégias que viabilizem os direitos e o respeito às diversidades das populações, principalmente aquelas denominadas minoritárias, no princípio da equidade, a fim de adaptar as intervenções para atender às especificidades de cada população. (Wohlgemuth, Polejack & Fleury, 2020)

O envolvimento do corpo docente é primordial para que se efetivem ações de prevenção, procurando fomentar o interesse dos estudantes sobre o tema do HIV e outros aspectos que podem afetar a saúde da comunidade universitária. Algumas possibilidades de educação citadas pelos participantes foram a realização de seminários, oficinas de prevenção, campanhas de promoção da saúde. Ou seja, entende-se que é necessário que as universidades assumam o compromisso institucional de promover saúde, conforme orientado pelas OMS, desde a década de 1990, por meio de estratégia das Universidades Promotoras de Saúde (Moura & Rodrigues, 2018). Além disso, a Universidade de Brasília,

através do Polo, pode fomentar pesquisas que visem a conhecer as necessidades da própria comunidade para que se proponham ações que atendam às demandas emergentes.

Se faz necessário que sejam implementadas ações e estratégias de promoção e prevenção, com abordagem multidisciplinar integrada, de forma que sejam desenvolvidas para atender os jovens e seus familiares, assim como os encaminhamentos para rede pública de saúde em casos positivos de testes, com intuito de que o tratamento seja realizado o mais rápido possível

A análise das questões mostrou que não há diferenças relativas entre os dois grupos, ficando claro que os estudantes que frequentaram o Polo e os que não o conhecem têm conhecimento relativo do tema, além de dúvidas parecidas.

O estudo apresentou que os jovens do grupo 1 não possuem conhecimento do autoteste e afirmam que a camisinha é o meio mais eficaz para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Contudo, não são todos que fazem uso do preservativo e os motivos são os mais diversos, tais como: o fato de confiarem no parceiro; não gostarem de utilizar porque acham incomodo; se estiverem fazendo uso de DIU ou outro contraceptivo; e se quiserem ter filhos. A partir disso, pode ocorrer pressão dos pares para o não uso do preservativo sendo que referente as mulheres, surge a questão do machismo. Para o grupo 2, foram apresentados mais motivos, como o esquecimento, o incomodo, porque a camisinha estoura, se estiverem em relacionamento fixo e o fetiche, são os motivos do não uso do preservativo.

Assim, foi observada uma contradição nas respostas sobre o uso do preservativo: a maioria dos estudantes relatou que ele é utilizado como prevenção, mas muitos afirmaram também a existência de vários fatores que dificultam ou impossibilitam seu uso. Para os participantes do Polo, as dificuldades estão relacionadas a não ter preservativos no momento, o preconceito e o consumo de álcool. Ademais, na fala do grupo 1 foi apresentado que a falta

de conversa sobre o tema é uma dificuldade, assim como quando o parceiro impõe ao vontade do não uso do preservativo. O estudo também mostra que os jovens do grupo 1 e 2 não utilizam a estratégia de prevenção combinada, que associa várias estratégias de prevenção. Além disso, eles conhecem o teste rápido, mas não tem conhecimento de que ele pode ser realizado como autoteste e a maioria dos jovens sabe da existência da medicação, mas seu conhecimento das profilaxias é insipiente, pois muitas vezes não conseguem diferenciar a PEP da PrEP.

Tanto o grupo 1 quanto o grupo 2 apresentam que a ingestão de álcool interfere no uso do preservativo, fazendo com que seja utilizado de forma errada, pois altera a coordenação motora e faz com que a pessoa tenha menos chance de utilizar, mesmo sendo relatado em ambos os grupos que o uso do preservativo é a principal forma de prevenção.

A pesquisa ratifica a importância de se trabalhar estratégias de prevenção para os jovens e a comunidade, assim como trazer melhorias para o Polo. Apresenta-se a necessidade de educação em saúde sobre infecções sexualmente transmissíveis, promovendo conhecimento com a participação dos estudantes e da comunidade. Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, verificou-se a escassez de literatura científica que trate dos fatores de proteção para o HIV, tendo em vista que o enfoque dos trabalhos publicados é relativo aos fatores de risco, evidenciando a doença.

As recomendações dadas pelos estudantes do grupo 1 e 2 para a universidade, apontam a necessidade constante de ações educativas em saúde para toda a comunidade universitária. Dessa forma, sugere-se que a UnB incentive a educação por pares, método de aprendizagem que ocorre a partir da interação entre estudantes para desenvolvimento de estratégias de prevenção e capacitação dos próprios estudantes. Para Santos e Polejack (2015), a educação por pares apresenta benefícios, pois aumenta o potencial de mudança no comportamento, se efetivando como estratégia de empoderamento por meio da qual os

estudantes atuam como agentes promotores de saúde e protagonistas no delineamento de ações para a comunidade estudantil, com a participação dos professores, servidores e o restante da comunidade acadêmica. Trata-se, assim, de uma metodologia participativa que busca a autonomia do sujeito e o diálogo entre os envolvidos, baseada em uma relação social que produza conhecimento (Polejack & Seidl, 2015).

É importante que a universidade e os serviços de saúde trabalhem em conjunto e que elas sejam reconhecidas como um espaço de articulação intersetorial, para promover a mobilização social de enfrentamento as ISTs e outros agravos que acometem os jovens. Sendo assim, a universidade como um todo precisa estar envolvida nas questões que emergem da sociedade, promovendo e provocando o diálogo na construção do conhecimento. O estudo apontou que é necessário utilizar todas as formas de comunicação possíveis para compartilhar informações e conhecimento, de forma a atender as demandas da comunidade acadêmica, inclusive por mídias sociais oficiais, material impresso e eventos. A UnB, como Universidade Promotora de Saúde, já vem realizando ações de melhoria da qualidade de saúde de seus estudantes e demais membros da comunidade universitária, num trabalho de referência para atender as demandas que surgem no meio acadêmico.

Todavia, o presente estudo demonstra que há necessidade de melhoria do espaço físico, tornando-o mais atrativo e receptivo para a comunidade acadêmica, pois ele é fundamental para que os jovens tenham acesso à informação, testagem e insumos, de forma a ser referência para outras instituições. Sugerimos que, através do Polo, os estudantes possam ainda ter a oportunidade de conhecer o processo histórico da doença no Brasil, para que entendam como foi a luta pelos direitos sociais das pessoas com HIV/aids, assim como a trajetória no acesso à saúde pública de qualidade e gratuita.

Em suma, a partir dos resultados apresentados, evidencia-se que as percepções expostas pelos participantes da pesquisa, assim como os sentidos atribuídos aos fatores de

risco e de proteção à saúde, possuem um encadeamento que abrange seus contextos socioculturais, educacionais, familiares e cotidianos. Identifica-se a realidade da representatividade social dos estudantes em relação ao seu conhecimento sobre HIV/aids, o que permitiu que se conhecesse melhor esse determinado grupo, seus pensamentos e proposições sobre o tema e como tais questões influenciam no processo de saúde-doença.

Considerações Finais

Os jovens convivem com diversos fatores de risco para o HIV, muitas vezes tendo apenas uma noção básica sobre como se cuidar, razão pela qual o objetivo geral deste trabalho foi identificar os fatores de risco e proteção em relação à infecção de HIV/aids a partir do conhecimento e visão dos universitários da Universidade de Brasília (UnB).

Por meio do método do DSC, no qual as expressões individuais coletadas que possuem sentidos semelhantes são agrupadas em discursos-síntese para construir o pensamento da coletividade, buscou-se apresentar a representatividade social, permitindo que se explique determinadas práticas dos jovens na sua vida cotidiana. A partir disso, foi possível conhecer o discurso dos universitários a respeito da percepção que eles têm sobre os fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV.

Os discursos apresentados pelos universitários do grupo 1, como fatores de risco para infecção de jovens pelo vírus do HIV foram a falta de conhecimento sobre o tema, o não uso de preservativos e o contato de materiais e secreções contaminadas. Para o grupo 2, os jovens referiram-se ao sangue, saliva e seringas contaminadas, assim como ter relações sexuais sem preservativos.

Observou-se que os dois grupos estudados possuem questões e dúvidas parecidas, mesmo que no Polo sejam realizados aconselhamentos pré e pós teste, o que talvez indicasse que os estudantes que já foram lá, teriam mais conhecimento que os outros. Contudo, ficou claro ao final do estudo que ir ao Polo não indica mais conhecimento propriamente dito, mas sim uma maior mobilização por parte desses alunos.

Desse modo, os fatores de risco identificados no estudo pela pesquisadora, correspondem ao não uso de preservativo, bem como o medo de realizar a testagem e o resultado ser positivo, assim como o tabu e a discriminação decorrentes do diagnóstico.

Ademais, outros fatores encontrados foram o consumo de álcool antes das relações sexuais, o machismo que influencia a não se utilizar o preservativo, além da falta de diálogo entre o jovem e a família.

Mesmo que o público estudado tenha conhecimento referente ao tema, esse se apresenta falho e com lacunas, como nos casos em que os jovens confundem fatores de prevenção e proteção. Essa percepção nos faz refletir sobre a importância do trabalho de educação em saúde e prevenção com essa população.

O primeiro objetivo específico do trabalho foi entender quais são os motivos que levam os estudantes a realizarem o teste rápido de HIV. Apresentou-se que a realização do teste rápido não é frequente entre os estudantes e os motivos que os levam a realizá-lo é a curiosidade e simplesmente para verificar como se dá de fato a realização do exame. Além disso, os jovens têm interesse em saber o resultado e apresentam receptividade para adquirir conhecimento ou dialogar sobre o assunto, embora tenham medo de não ter condições de psicológicas de lidar com um resultado positivo.

Foi registrado no diário de campo, após o término das entrevistas, frases que causam impacto e que demonstram a preocupação com o preconceito e a expulsão de casa por parte da família caso o indivíduo seja diagnosticado com HIV. Todavia, não foram transcritas no estudo porque não foram gravadas, já que ocorreram após a realização das orientações, quando dávamos por encerrada a entrevista.

Tenho horror em pensar que o meu teste pode ser positivo, vei... tô ...quase louco...vei... porque ter HIV é assumir que sou gay para minha família, e a aids para eles é a maldita, é doença de gay, e se eles descobrirem que sou gay, tô na rua... tô só... Hoje eu faço de conta que sou hetero e eles fazem de conta que acreditam [...]

Não sei o que passa na minha cabeça...é vontade, é fogo, rola de tudo... não penso em nada, só no momento, só no prazer. Depois o peso cai em mim, na minha cabeça... dá um medo... venho e faço o teste...já pensei em me matar se der positivo. Queria muito ter feito esse teste, passo aqui e só tá fechado! Mas foi bom, você conversou comigo, eu vou voltar.

Esta afirmação é um exemplo que auxilia na compreensão do sentimento que esses universitários possuem sobre um resultado positivo do teste de HIV, assim como é importante ressaltar que a não aceitação dos familiares a respeito da orientação sexual dos jovens, pode ser um fator de risco. Desse modo, fica claro que a família, assim como seu apoio e o diálogo, é extremamente relevante como fatores de proteção.

O segundo objetivo específico está relacionado à compreensão e percepção dos fatores de risco, proteção e promoção de saúde. Para eles, as questões de proteção e promoção estão embasadas no uso ou não de preservativos, sendo a confiança no parceiro e o esquecimento os principais fatores para que não utilizem a camisinha, seja masculina ou feminina. Observa-se também a necessidade de que sejam implementadas estratégias e intervenções na universidade, que possam oferecer educação permanente através de campanhas, aulas e um trabalho que envolva várias formas de comunicação estendida aos alunos e à comunidade. Eles podem ainda participar da elaboração das ações, para que assim a construção possa ocorrer de forma horizontal, com intuito de atender as demandas, respeitando a diversidade da população acadêmica, sendo necessário ainda ampliar a divulgação do material didático em Braile e na Língua de Sinais Brasileira.

No terceiro objetivo específico, a proposta foi identificar o grau de conhecimento dos estudantes sobre a Prevenção Combinada. Nesse item, o estudo apresentou que, em nenhum discurso, foi mencionada a Prevenção Combinada do HIV como estratégia, sendo o principal

meio preventivo considerado por eles, o uso de preservativos. Os participantes informam também que entendem bem pouco sobre o assunto e que possuem muitas dúvidas a respeito.

Em geral, os participantes demonstraram saber que existe medicação para o tratamento do HIV/aids, mas não têm conhecimento aprofundado sobre o assunto. Nesse sentido, é preocupante notar que, para muitos dos estudantes, o fato de existirem medicamentos leva a uma despreocupação maior com a doença. O HIV é considerado uma doença crônica e exige acompanhamento e tratamento contínuo durante toda a vida da pessoa. Essa manutenção e preocupação será uma constante no ciclo de vida, e o ideal é que se evite essa realidade pois ter uma doença crônica exige muitos cuidados. Sendo assim, a população universitária ainda necessita de maiores esclarecimentos sobre as medicações indicadas, bem como seus efeitos.

O quarto objetivo perpassa o entendimento de quais são motivos que levam os jovens a não realizarem o teste para HIV. Ficou claro que os alunos que não realizam testes são os que relataram ter medo do resultado, tendo em vista o fato de sentirem-se constrangidos, pois percebem a existência de um tabu relacionado ao tema, principalmente em suas famílias. Relataram também uma sensação de paranoia e pânico com a possibilidade de ter o teste positivo. Essas informações nos causam preocupação, pois sabe-se que quando mais cedo for realizado o teste e caso o resultado seja positivo, mais rapidamente é possível dar início ao tratamento. Quando o medo de realizar o teste se apresenta, observa-se que ações necessitam ser realizadas para educar os jovens sobre o assunto, com intuito de sanar as dúvidas e lacunas de conhecimento.

O Polo de Prevenção de IST/AIDS é o local indicado para acolher os estudantes e realizar ações de promoção e prevenção na Universidade. Essa questão foi bem desenvolvida no DSC, pois muitas foram as sugestões oferecidas pelos jovens para que ocorra melhoria da qualidade nos atendimentos realizados lá. Compilando-as, entende-se que os jovens

indicam que devem ser feitas mudanças no Polo, para que ele seja um local atrativo e de fácil acesso. O DSC traz ainda a necessidade de ele ser um local limpo, aconchegante, ter pessoas que acolham os estudantes de forma gentil e respeitosa, sem cobranças e julgamento por não terem tomado as precauções necessárias. Um ambiente acolhedor é imprescindível no momento do resultado, porque é a hora mais difícil de todo o processo.

Ademais, fica claro no estudo que os jovens têm a perspectiva de que o Polo tem que ser divulgado por meio de mídias sociais, tais como os perfis oficiais da Universidade no *Facebook* e *Instagram*, cartazes, panfletos, e-mail institucional da UnB, abrangendo toda as formas de comunicação que a universidade puder proporcionar aos alunos e à comunidade acadêmica. Muitos dos estudantes, principalmente calouros, provavelmente não sabem da existência do Polo, sendo necessário que a UnB, como Universidade Promotora de Saúde, amplie a divulgação dele.

Uma sugestão é que o Polo de Prevenção de IST/AIDS possa ter uma sala interativa, onde seja apresentada a visão e histórico do HIV/aids no mundo e no Brasil através de uma linha do tempo, proporcionando envolvimento com o contexto social e histórico da doença. Além disso, propõe-se que seja construída uma mandala interativa digital sobre Prevenção Combinada para HIV e que essa possa estar disponível aos alunos e comunidade, proporcionando acesso à informação também em Libras – Língua Brasileira de Sinais e em Braile.

Poderiam ser indicados aos alunos ou exibidos no local, documentários e filmes sobre o tema, a fim de democratizar o assunto. Outra possibilidade é a realização de palestras e rodas de conversa com os presentes. É imprescindível que seja proporcionado acesso à informação, pois a acessibilidade consiste na facilidade de acesso de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos.

Essa iniciativa visa a ampliar as parcerias da UnB, como Universidade Promotora de Saúde, com outras instituições que queiram ser parceiras, incluindo-se outros projetos de extensão da própria universidade, Centros Acadêmicos, ou até sua ampliação enquanto trabalho de campo para matérias da graduação e pós-graduação. Outra oportunidade para unir a Universidade com a sociedade é proporcionar visitas de escolas da rede pública e particulares ao Polo, dando oportunidade para que alunos do ensino fundamental e médio possam conhecer e dialogar sobre o tema HIV/aids e outras ISTs de forma criativa e dinâmica, fomentando o diálogo. Pode-se debater o assunto e tirar dúvidas, além de apresentar os fatores de risco e proteção para infecções sexualmente transmissíveis, assim como os insumos que já são distribuídos gratuitamente, testes realizados e a apresentação da prevenção combinada de forma interativa.

Pretende-se que o Polo de Prevenção de IST/AIDS passe a ser referência em estudos sobre o tema e multiplicador de ações bem sucedidas de promoção e prevenção em saúde, fortalecendo ainda mais a UnB como Universidade Promotora de Saúde e proporcionando melhoria e proteção à saúde dos seus jovens universitários. Deve-se aproveitar seu potencial de criação e de conhecimento dos institutos e faculdades que fazem parte da universidade, proporcionando o seu desenvolvimento, viabilizando parcerias dentro da própria universidade, fortalecendo ideias, projetos e pesquisas, pois a universidade é geradora de conhecimento, sendo capaz de fortalecer a comunidade em que está inserida.

No Polo de Prevenção de IST/AIDS, foram sugeridos atendimentos individuais e em grupo aos estudantes e a utilização de estratégias de educação por pares. Também foi proposta a mudança dele para o Térreo do Instituto de Ciências Centrais (ICC) ou para o prédio da Biblioteca Central no térreo, local amplo e de grande movimentação por parte da comunidade acadêmica, pois ali encontram-se estudantes de todas as áreas de concentração.

Foi recorrente a fala de que é importante que a universidade realize divulgação contínua e adequada do Polo de Prevenção de IST/AIDS, através de variadas formas de comunicação. Afirmou-se também que é importante que ocorra a formulação de estratégias que envolvam a participação dos estudantes, nas quais eles sejam treinados para realizar o acolhimento, possibilitando assim uma maior interação com a comunidade acadêmica em toda a sua diversidade.

É importante frisar também que não basta uma forte divulgação e comunicação se o atendimento não for da mesma qualidade e intensidade. O local precisa gerar identificação e atrair os jovens, ser um lugar de acolhimento, de proteção da saúde e educação, sem ser identificado como um espaço burocrático e de julgamentos. Ele precisa despertar na comunidade acadêmica o interesse em frequentá-lo, apresentá-lo aos amigos, bem como constituir um local seguro para a busca de insumos e preservativos, assim como ser reconhecido como um ponto de referência para falar de sexualidade e saúde com profissionais capacitados.

Todas as ações propostas têm como intuito fazer com que ele seja frequentado com regularidade principalmente pelos estudantes, mas também por professores e comunidade, e que seja visto como algo positivo e diferencial na Universidade de Brasília. O público estudado demonstrou que o Polo de Prevenção de IST/AIDS precisa gerar discussão sobre o assunto, proporcionar debates sobre infecções sexualmente transmissíveis como o HIV, e ser atrativo, para que seja procurado pelos estudantes.

Sugere-se ainda que estudos sejam realizados estudos futuros relacionados ao pré e pós testes, para que assim, possamos melhor perceber a realidade dessa população e construir estratégias que viabilizem melhor qualidade de vida. Essa pesquisa representa uma semente inicial, para que outros trabalhos possa complementar e ampliar o tema proposto, tendo como foco os fatores de risco e proteção para o HIV na representação dos jovens.

A pesquisa apresentou uma limitação referente ao local onde as entrevistas foram realizadas. Houve situações em que não foram localizadas salas de aula vazias e disponíveis para realizar a entrevista, sendo necessário que elas fossem realizadas nos corredores da universidade. Uma solução possível que pode ser utilizada por trabalhos futuros é a utilização de um local pré-determinado para a realização das entrevistas, com privacidade, silêncio e comodidade dos participantes.

Os desafios fazem parte do crescimento e desenvolvimento do ser humano, sendo necessário compreender, dialogar, escutar e trabalhar com dedicação para que possamos buscar alternativas que venham possibilitar mudanças na realidade que observamos. O sexo e a sexualidade devem ser percebidos como algo natural e livre de preconceitos, e devem ser dialogados, para que dessa forma se possa desconstruir crenças de que falar de sexo é proibitivo e errado. Essa construção só se modificará na sociedade quando o tema for tratado mais frequentemente nas escolas e comunidades, sem o julgamento de orientação sexual, respeitando todas as formas de amar.

Se é possível fazer a diferença, essa deve ser iniciada nos grupos em que estamos inseridos, e essa semente do saber poderá dar frutos na multiplicação do conhecimento, pois ela é a representação da força de uma coletividade. Um dos maiores desafios do pesquisador é, portanto, transformar o conhecimento que adquiriu em benefícios aos outros, que nesse estudo estão representados pelos jovens universitários.

Os participantes da pesquisa demonstraram que estão abertos ao diálogo, que querem conversar, ser escutados e respeitados, mas passam pela dificuldade de não serem ouvidos, de não terem sua sexualidade declarada aos familiares por falta de aceitação, por medo e pelo tabu que ainda existe na sociedade. É importante que ocorra alguns questionamentos constantes: Será que está sendo respeitada a orientação sexual do próximo? Ocorre a dificuldade de se falar sobre sexo e sexualidade com parentes e amigos? Esse diálogo é

aberto? Os docentes estão se envolvendo em estratégias de prevenção e promoção da saúde para a comunidade universitária?

Outra sugestão para trabalhos futuros, que sejam realizados novos estudos focando nas populações-chave e prioritárias, a fim de compreender as especificidades a serem consideradas no desenvolvimento de estratégias de prevenção, estudos científicos que proporcione identifica demandas, possibilitar pensar em estratégias e propor ações que venham a contribuir para atender as necessidades oriundas da população que se estuda. Ainda, propõe-se que a Universidade avalie a possibilidade de curricularização dos temas da prevenção como parte das disciplinas oferecidas nos diferentes cursos, assim como a criação de uma disciplina curricular, oferecida a todos os cursos, como forma de intervenção nas estratégias de prevenção.

O presente estudo argumenta que ações de saúde devem ser constantes e que abrangem todas as formas possíveis de realizar comunicação com a comunidade, seja ela falada, escrita, publicitária ou digital. Esse processo de educação deve ser iniciado já no ensino fundamental, período paralelo quando ocorrem as transformações do corpo pela puberdade, onde se apresentam os primeiros sinais de mudança do corpo físico e hormonal. Esse diálogo, quando construído na infância e seguido no decorrer da juventude, vai se construindo e proporciona a oportunidade de fortalecer o jovem, passando a ser algo natural no processo de desenvolvimento do aprendizado até chegar à fase adulta.

Assim, este trabalho se mostra relevante porque traz à tona uma realidade dos jovens e suas percepções e visões do HIV/aids, tanto no que se refere aos fatores de proteção quanto aos de risco. O conhecimento deles sobre o tema possui lacunas que precisam ser sanadas, pois trata-se de uma questão de saúde pública que afeta toda a sociedade. Fica claro que os jovens universitários possuem insuficiente compreensão acerca do que é o HIV e a aids, além de não saberem diferenciar ou identificar corretamente quais são os fatores de

proteção e prevenção. Ademais, eles convivem constantemente com fatores de risco e não utilizam da estratégia de prevenção combinada.

Portanto, buscou-se apresentar estratégias com intuito de proporcionar ações de prevenção e promoção de saúde. Fica claro que é importante falar sobre o tema HIV/aids e outras ISTs no contexto educacional, assim como a inserção do tema em diferentes currículos nas universidades. É necessária a participação da sociedade, de pesquisadores, dos trabalhadores que atuam nas áreas de saúde e educação, da família e principalmente do poder político, pois esse tema tem que ter prioridade como uma política pública de Estado que visa à saúde, à inclusão e ao bem estar social. Espera-se que esse trabalho seja útil à toda comunidade acadêmica, envolvendo segmentos diferentes nessa construção.

Referências

- Afonso, T., Silva, S. S. C., Pontes, F. A. R., & Koller, S. H. (2015). O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. *Psicologia & Sociedade*, 27 (1), 131-141. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p131>.
- Ailinger, R. L. (2003). Contributions of qualitative research to evidence-based practice in nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3), 275-279. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300002>.
- Almeida, J. A. S. (2017). *A Universidade de Brasília é promotora de saúde? A percepção dos alunos dos cursos da saúde*. [Dissertação de Mestrado em Educação Física, Universidade de Brasília].
- Almeida, R. A. S., Corrêa, R. G. F., Rolim, I. L. P., Hora, J. M. L., Coutinho, A. G., Silva N. P., & Oliveira, P. S. (2017). Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1033-1039. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>.
- Alves, G. G., & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 319-325. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.
- Amaral, R. C. (2017). Soropositividade para HIV/aids e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. *Revista Pesquisa e saúde* 8, 108-113.
- Araújo, S. (2020). HIV: aumento de 50% no DF faz governo lançar ofensiva no Carnaval. In: *Metrópoles*, de 09 de fevereiro. <https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-df/hiv-aumento-de-50-no-df-faz-governo-lancar-ofensiva-no-carnaval>.
- Ayres, J. R. (2000). Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: Pinto, T., Telles, I. S. (Orgs.) *Aids e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS* (pp. 21-28). Cortez.
- Ayres, J. R. (2002). Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, 6 (11), 11-24.
- Ayres, J. R. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. (Org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-139). Fiocruz.
- Barbosa, K. F., Batista, A. P., Nacife, M. B. L., Vianna, V. N., Oliveira, W. W., Machado, E. L., Marinho, C. C., & Machado-Coelho, G. L. L. (2019). Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28 (2). <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200023>.

- Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T., Teva, I., Ramiro-Sánchez, T., & Buela-Casal, G. (2018). Sexual behaviour and human immunodeficiency virus testing in university students from Cuzco (Peru). *Gaceta Sanit*
- Bevir, M. (2011). Governança democrática: uma genealogia. *Revista de Sociologia e Política*, 19 (39), 103-114. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000200008>.
- Buss, P. M., (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (1), 163-177.
- Camargo, B. V., Campos, P. H. F., Torres, T. L., Stuhler, G. D., & Matão, M. E. L. (2011). Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, 19 (1), 179-192. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Cardoso, L. R. D., Malbergier, A., & Figueiredo, T. F. B. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35 (Suppl. 1), 70-75. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700015>.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900011>.
- Carvalho, R. G., & Novo, R. F. (2013). Características da personalidade e relacionamento interpessoal na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 12 (1), 27-36. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Carvalho, S. R & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva* 13 (Suppl. 2), 2029-2040. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>.
- Chaves, A. C. P., Bezerra, E. O., Pereira, M. L. D., & Wolfgang, W. (2014). Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 48-53. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140006>.
- Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988 (1988). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Coutinho, R. Z., & Miranda-Ribeiro, P. (2014). Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 31 (2), 333-365. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000200006>.

- Creswell, J. (2010). *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto* (M. Lopes, Trad., 3rd Ed.). Artmed.
- Czeresnia, D. & Freitas, C. (2009). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz.
- Delatorre, M. Z., & Dias, A. C. G. (2015). Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Revista da SPAGESP*, 16 (1), 60-73. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100006&lng=pt&tlng=p
- Deslandes. S. F.; Gomes, R., Minayo, M. C. S. (Orgs.) (2013). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (33th Ed). Vozes.
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N., & Zanello, F. (2011). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14 (1), 09-20. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000100001>.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, (24), 213-225. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>.
- Fonseca, A. (2002). Prevenção às DST/AIDS no ambiente escolar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (11), 71-88. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200006>.
- Fonte, V. R. F., Spindola, T., Francisco, M. T. R., Sodré, C. P., André, N. L. O., & Pinheiro, C. D. P. (2018). Jovens universitários e o conhecimento acerca das infec es sexualmente transmissíveis. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0318>.
- França, M. S. J. (2008). Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. *Interface - Comunica o, Saúde, Educa o*, 12 (27), 919-926. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400023>.
- Fu, G., Shi, Y., Yan, Y., Li, Y., Han, J., Li, G., ... Wang, J. (2018). The prevalence of and factors associated with willingness to utilize HTC service among college students in China. *BMC Public Health* 18, 1050.
- Furlanetto, M. F., Lauermann, F., Costa, C. B., & Marin, A. H. (2018). Educa o sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Pesquisa*, 48 (168), 550-571. <https://dx.doi.org/10.1590/198053145084>.
- Gomes, A. M. T., Oliveira, D. C., & S , C. P. (2011). O Sistema  nico de Saúde na representa o social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (4), 631-638. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400002>.
- Gomes, R. R. M., Ceccato, M. G. B., Kerr, L. R. S., & Guimarães, M. D. C. (2017). Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (10). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00125515>.

- Gonçalves, T. R., Costa, A. H. C., Sales, M. S., & Leite, H. M. (2020). Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1897-1912. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.15832018>.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: contradições, alternativas e desafios*. Pioneira Thomson Learning.
- IBGE (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Segundo Trimestre de 2019*. Indicadores IBGE. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2019_4tri.pdf
- Laurindo-Teodorescu L., Teixeira P. R. (2015) *Histórias da aids no Brasil, 1983-2003*. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites.
- Leavell, S. & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill.
- Lefèvre, F. & Lefèvre, A. (2005). *O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa – Desdobramentos* (2nd Ed.). Educus.
- Lefèvre, F. & Lefèvre, A. (2014). O Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto enfermagem* 23 (2), 502-507.
- Lei n. 8.069/1990, de 13 de julho da Presidência da República (1990). *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Seção I. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Lindong, I., Edwards, L., Dennis, S., & Fajobi, O. (2017). Similarities and differences matter: Considering the influence of gender on HIV prevention programs for young adults in an urban HBCU. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 14 (133).
- Lobato L. V. C., Giovanella L. (2013). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 89-120). Fiocruz.
- Lolis, D. & Souza, F. (2016). Trabalho em rede. Um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde. *SERV. SOC. VER* 19 (1), 109-130. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2016>.
- Loyola, M. A. (2013). Representações sociais e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 18 (8), 2176. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800001>.
- Machado, Y., Nogueira, V., Oliveira, D., & Gomes, A. (2016). Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural [Health personnel's social representations of HIV/AIDS: a structural analysis]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24 (1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.14463>.

- Mackey, A., Gass, S. (2005). Common data collection measures. In: *Second language research: methodology and design* (pp. 43-99). Lawrence Erlbaum.
- Magno, L., & Castellanos, M. E. P. (2016). Significados e vulnerabilidade ao HIV/aids entre caminhoneiros de rota longa no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50 (76). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006185>.
- Marin, M. J. S., Lima, E. F. G., Paviotti, A. B., Matsuyama, D. T., Silva, L. K. D., Gonzalez, C., Druzian, S., & Ilias, M. (2010). Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (1), 13-20. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>.
- Marques, M. C. C. (2002). Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9, 41-65. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>.
- Martins, A. M., Carvalho, C. A. S., & Antunes-Rocha, M. I. (2014). Pesquisa em representações sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. *Psicologia: teoria e prática*, 16 (1), 104-114. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Mesquita, J. S., Costa, M. I. F., Luna, I. T., Silva, A. A., & Pinheiro, P. N. C. (2017). Fatores de risco e de proteção entre adolescentes em relação às DST/HIV/aids. *Revista de Enfermagem- UFPE* 11 (3), 1227-33. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201713>.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Ministério da Saúde (2000). *Prevenir é Sempre Melhor – 99*. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – Coordenação Nacional de DST/AIDS. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf>.
- Ministério da Saúde (2008). *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/consensoadulto005c_2008_montado.pdf.
- Ministério da Saúde (2010). *Cadernos Humaniza SUS* (Vol. 1). Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Política Nacional de Humanização. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.
- Ministério da Saúde (2013). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST* (Ano II, n. 1). Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/boletim-epidemiologico-hivaid-2013>.

- Ministério da Saúde (2014). *Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica*. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>.
- Ministério da Saúde (2017a). *Boletim Epidemiológico – Aids e IST* (Ano V, n. 1). Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>.
- Ministério da Saúde (2017b). *Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>.
- Ministério da Saúde (2018). *Boletim Epidemiológico – HIV Aids* (Vol. 49, n. 53). 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. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>.
- Ministério da Saúde (2019). *Relatório de monitoramento clínico do HIV*. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>.
- Ministério da Saúde (2020). *Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil*. Ministério da Saúde – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/diretrizes-para-distribuicao-do-autoteste-de-hiv-no-brasil>.
- Monteiro, A. L., & Villela, W. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*, 9 (17), 25-45. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Monteiro, A. L., & Villela, W. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Psicologia Política* 9 (17), 25-45.
- Monteiro, R. S. M., Feijão, A. R., Barreto, V. P., Silva, B. C. O., Neco, K. K. S., & Aquino, A. R. G. (2019). Ações educativas sobre prevenção de HIV/AIDS entre adolescentes em escolas. *Enfermería Actual de Costa Rica* (37), 206-222. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.36749>.
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M., Villela, W. V., Mora, C., & Parker, R. (2019). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre

- testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (5), 1793-1807. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>.
- Mora, C., Franch, M., Muksud, I., & Rios, L. F. (2018). Sexualidad, Salud y Sociedad. *Revista Latinoamericana: HIV/AIDS: sexualidades, subjetividades e políticas*, (30), 141-152. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.07.a>.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise* (A. Cabral, Trad.). Zahar.
- Moura, E. S. (2013). O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988. Âmbito Jurídico, de 01 de julho. <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988>.
- Moura, L. B. A., & Rodrigues, N. S. (2018). *Universidade Promotora da saúde: o percurso da Faculdade da Saúde*. Universidade de Brasília.
- Murta, S. G., Leandro-Franca, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (2015). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. Sinopsys.
- Nodin, N., Diéguez, A. C., & Leal, I. P. (2015). Comportamentos sexuais de risco e preventivos masculinos: resultados de uma amostra recolhida através da internet em Portugal-*Saúde Soc.* São Paulo 24 (2), 607-619.
- Oliveira, A. C. C., Caramelo, F., Patrício, M., Camarneiro, A. P., Cardoso, S. M., & Pita, J. R. (2017). Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. *Revista de Enfermagem Referência, serIV* (13), 71-82. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17022>.
- Oliveira, D. (2013). Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 21 (Suppl. Esp.), 276-286. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>.
- Oliveira, M. S. S. (2004). Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 19 (55), 180-186. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092004000200014>.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil (2017). *Saúde e Sexualidade de Adolescentes*. OPAS/OMS. <file:///C:/Users/joaoc/Downloads/9788579671197-por.pdf>
- Padilha, A. P., Borba K. P., & Clapis, M. J. (2015). O conhecimento de adolescentes sobre doenças. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 6 (Supl. 3), 2249-60.
- Parker, R. (1997). Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 7 (1), 99-108. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100005>.

- Parker, R. (2019). Estigmas do HIV/Aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* 13 (3), 618-633. <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1922>.
- Patriota, L. M. (2007). Teoria das representações sociais; Contribuições para a Apreensão da realidade. *Serviço Social em Revista – Revista Universidade Estadual de Londrina* 10 (1).
- Pereira, A. J., & Nichiata, L. Y. I. (2011). A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (7), 3249-3257. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024>.
- Pereira, B. S., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Costa, H. S., Silva, C. A. L., & Sampaio, V. S. (2014). Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 19 (3), 747-758. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>.
- Pérez-Pérez, I., Morón-Marchena, J. A., & Cobos-Sanchiz, D. (2015). Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses. *Población y Salud En Mesoamérica* 13 (1). <https://doi.org/10.15517/psm.v13i1.19292>.
- Plutarco, L. W., Meneses, G. O., Arruda, C. M., Holanda, L. C., & Santos, W. S. (2019). A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. *Psicologia, Saúde & Doenças* 20 (1), 220-233. <https://dx.doi.org/10.15309/19psd200118>.
- Polejack, L., & Saidl, E. M. F. (2015). Oficinas baseadas em metodologias participativas. In: Murta, S. G., França, C. L., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.). *Promoção e Prevenção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégia de intervenção* (pp. 264-283). Sinopsy.
- Rebollo, Regina André. (2003). Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático sobre a arte médica. *Scientiae Studia*, 1(3), 275-297. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662003000300002>
- Rossetto, M., Maffaccioli, R., Rocha, C. M. F., Oliveira, D. L. C., & Serrant, L. (2019). Coinfecção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (40), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180033>.
- Russo, K., & Arreguy, M. E. (2015). Project “Health and Prevention in Schools”: teachers’ and students’ perceptions about condom distribution in schools. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 25 (2), 501-523. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200010>.
- Sales, W. B., Caveião, C., Visentin, A., Mocelin, D., Costa, P. M., & Simm, E. B. (2016). Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. *Revista de Enfermagem Referência* IV (10), 19-27. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>.

- Santos, K. B., & Polejack, L. (2015). Quando iguais fazem a diferença: o que estamos tentando alcançar com a estratégia da educação de pares? In: Murta, S. G., França, C. L., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.). *Promoção e Prevenção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégia de intervenção* (pp. 301-317). Sinopsy.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (2017). *Guia básico de prevenção combinada: O Que É? Como Fazer? Onde Saber Mais?* Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo – Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – Coordenadoria de Controle de Doenças.
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2018). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (Ano 9, n. 1). Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Subsecretaria de Vigilância em Saúde. <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/Boletim-AIDS-IST-2018.pdf>.
- Senkevics, A. S., & Mello, U. M. (2019). O perfil discente das universidades federais mudou pós-lei de cotas? *Cadernos de Pesquisa* 49 (172), 184-208. <https://doi.org/10.1590/198053145980>.
- Shimizu, H. E., Silva, J. R., Moura, L. M., Bermúdez, X. P. D., & Odeh, M. M. (2015). A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (9), 2899-2910. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>.
- Silva, A. F. C., & Cueto, M. (2018). HIV/Aids, os estigmas e a história. *História, Ciências, Saúde* 25 (2), 311-314. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001>.
- Silva, L. A. V. (2010). Prazer sem camisinha: novos posicionamentos em redes de interação online. *Cadernos Pagu*, (35), 241-277. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332010000200009>.
- Souza, B. B., Vasconcelos, C. C., Tenório, D. de M., Alves Lucena, M. G., & Holanda, R. L. T. de. (2010). A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *JMPHC / Journal of Management & Primary Health Care* 1 (1), 23-26. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v1i1.90>.
- Spindola, T., Araújo, A. S. B., Martinho, D. F. S., Brochado, E. J., Martins, E. R. C., & Pereira, T. S. (2020). Práticas sexuais e o comportamento de jovens universitários frente à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Enfermaria Global – Revista Eletrônica trimestral de enfermeira* (58), 6141. <https://doi.org/10.6018/eglobal.382061>.
- Taquette, S. R., Rodrigues, A. O., & Bortolotti, L. R. (2015). Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (7), 2193-2200. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.18102014>

- Taquette, S. R., & Souza, L. M. M. (2019). Prevenção de HIV-Aids na concepção de jovens soropositivos. *Revista de Saúde Pública* 53 (80).
<https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001174>.
- Tardivo, L. S. C., Rosa, H. R., Ferreira, L. S., Chaves, G., & Pinto Júnior, A. A. (2019). Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia* 39 (97), 159-169.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Teixeira, A. M. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública* 22 (7), 1385-1396.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700004>.
- Terence, A. C. F. & Filho, E. (2006). Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa ação nos estudos organizacionais. In: *Encontro Nacional de engenharia de produção. XXVI ENEGEP*, Fortaleza, CE, Brasil.
http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf
- UNAIDS (2017). *Retrospectivas 2017 UNAIDS no Brasil*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. <https://unaids.org.br/2018/06/retrospectiva-2017-do-unaids-no-brasil/>
- UNAIDS (2019). *Mulheres jovens ainda são desproporcionalmente afetadas pelo HIV*. <https://nacoesunidas.org/unaids-mulheres-jovens-ainda-sao-desproporcionalmente-afetadas-pelo-hiv/>.
- Universidade de Brasília (2019). *Relatório final de Autoavaliação Institucional – Ano Base 2018*. UnB.
http://cpa.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=433&Itemid=256
- Veloso, S. (2020). Conheça iniciativas de apoio psicológico e práticas de bem-estar da UnB. UnB Notícias, de 09 de janeiro. <http://noticias.unb.br/125-saude/3921-universidade-oferece-apoio-psicologico-e-praticas-de-bem-estar>
- Vermelho, S. C., Velho, A. P. M., & Bertoncello, V. (2015). Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. *Educação e Pesquisa* 41 (4), 863-881.
<https://doi.org/10.1590/s1517-97022015041612>.
- Villas Bôas, L. P. S. (2004). Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psicologia da Educação* (19), 143-166.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752004000200008.
- Villarinho, M. V., Padilha, M. I., Berardinelli, L.M. M., Borenstein, M. S., Meirelles, B. H. S., & Andrade, S. R. (2013). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 271-277. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>

- Villela, W. V., Laurindo-Teodorescu, L., Teixeira, P. R. (2018). Histórias da aids no Brasil, 1983-2003. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Ciência & Saúde Coletiva* 23 (5), 1697-1698. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.28062016>.
- Waldman, E. A. (1998). *Vigilância em Saúde Pública* (Vol. 7). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Wohlgemuth, C. L. M., Polejack, L., & Fleury Seidl, E. (2020). Jovens universitários e fatores de risco para infecção pelo HIV: uma revisão de literatura. *RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*, 6(1). <http://.doi.org/10.23899/relacult.v.6i1.1631>

Apêndice A – Roteiro das Entrevistas Semiestruturada

Data de nascimento: Idade: Semestre:
 Curso: Data Pesquisa Hora

1. Sexo Biológico: sexo que você nasceu
 masculino intersexual feminino
2. Qual a sua identidade de gênero (aquela com a qual você se identifica).
 transgênero cisgênero não binários
3. Qual a sua orientação sexual:
 homossexual bissexual heterossexual
4. Considerando a classificação usada pelo IBGE, com você define a sua cor?
 branca preta amarela parda
5. Estado civil
 casado(a) / união estável solteiro(a) namorando
6. Com quem você reside?
 sozinho(a) pais familiares, quais?
 amigos(a) parceiro (a)
7. Área de estudo:
 exatas humanas biológicas
8. Você pode me explicar o que é o HIV?
9. Na sua opinião, por que os jovens estão se infectando?
10. Quais são os fatores de risco para infecção do HIV?
11. Na sua opinião, quais são os fatores de proteção para o HIV?
12. Para você, quais são as formas de prevenção?
13. Como você se previne para não se contaminar com o vírus do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis?

14. Quais as dificuldades que você encontra para se prevenir?
15. Você já realizou testagem para o vírus do HIV?
16. Como se sentiu ao realizar o exame?
17. Por qual motivo realizou o teste?
18. Você sabe informar se seu parceiro (a) realizou o teste de HIV?
19. Quais os motivos que te levariam a não utilizar o preservativo?
20. Na sua opinião, como é o uso do preservativo após a ingestão de álcool ou outra substância?
21. Além do preservativo, você já conhece outras formas de prevenção? Quais?
22. No último mês, mais ou menos quantas relações sexuais você teve e em quantas você utilizou o preservativo?
23. Você já ouviu falar do autoteste?
24. Você já realizou o autoteste?
25. *Você conhece o Polo de Prevenção de IST/AIDS? ** Como você conheceu o Polo de Prevenção de IST/AIDS?
26. Sabe o que ele fornece?
27. Como você acha que deve ser trabalhado na universidade a prevenção ao HIV para os jovens?
28. Como você gostaria de receber essa informação?

*Pergunta realizada ao grupo 1.

**Pergunta realizada ao grupo 2.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Fatores de risco e proteção para infecção pelo HIV na perspectiva de estudantes universitários”, de responsabilidade de Maria da Graça Corrêa Lopes Wohlgemuth, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof.^a Dra. Larissa Polejack. O objetivo desta pesquisa é compreender os fatores de risco e proteção em relação à infecção de HIV/aids, a partir do conhecimento e visão tanto dos estudantes que buscam o Polo de Prevenção IST/aids, quanto dos outros universitários em geral. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, arquivo de gravação em áudio e filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, que consistirá na narrativa dos estudantes sobre os conhecimentos sobre os fatores de risco e proteção referente ao a infecção por HIV. Esse estudo será realizado na presença da pesquisadora que realizará a entrevista. A entrevista será registrada por meio de gravação em áudio.

É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Caso o procedimento mobilize demasiadamente algum conteúdo afetivo, causando mal-estar e configurando necessidade de intervenção psicológica, a pesquisadora se responsabiliza pelo oferecimento de apoio psicológico até que a situação seja normalizada

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 99971-1923 ou pelo e-mail gracaclw13@gmail.com. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes pelo envio via e-mail da dissertação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do e-mail do CEP/CHS cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ___ de _____ de _____

Anexo – Aprovação no Comitê de Ética

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA INFECÇÃO PELO HIV NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador: MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16512719.9.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.607.170

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, segundo a pesquisadora serão realizadas "entrevistas com alunos da Universidade, a partir da divisão de dois grupos: o primeiro composto por estudantes que procurarem o Polo de Prevenção DST/Aids, para a realização do teste rápido de HIV, e o segundo composto por estudantes da Universidade em geral. Os estudantes da Universidade serão convidados a participar da entrevista de forma voluntária, a partir de convite aberto à comunidade acadêmica, o qual será divulgado nas secretarias dos cursos e Centros Acadêmicos." A pesquisa será então realizada no Campus Darcy Ribeiro e no Polo de Prevenção, que se caracteriza por ser um Projeto de Extensão da UnB que realiza o teste rápido de HIV. O estudo será realizado com vinte alunos que decidirem participar voluntariamente da pesquisa. Segundo a pesquisadora os participantes serão divididos em dois grupos: "dez participantes serão aqueles que forem em busca da realização do teste rápido e os outros dez, alunos em geral, que não realizaram o pré- teste."

A pesquisadora lança uma hipótese de que não há, atualmente, o conhecimento e a compreensão, sobre quais são os fatores de risco e proteção dos adultos jovens universitários, para o HIV/AIDS, tendo em vista o aumento de casos novos nessa população, em relação às outras.

As entrevistas serão analisadas com a técnica de análise de conteúdo.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.607.170

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

O objetivo desse estudo é compreender os fatores de risco e proteção em relação à infecção de HIV/aids, a partir do conhecimento e visão, tanto dos estudantes que buscam o Polo de Prevenção DST/aids, quanto dos outros universitários em geral, que não procuram o Polo para a realização do teste rápido.

Objetivos específicos:

Entender os motivos que levam os estudantes a realizarem o teste rápido de HIV;
Compreender a percepção dos fatores de risco, de proteção e promoção de saúde dos alunos;
Identificar o grau de conhecimento dos estudantes sobre a Prevenção Combinada;
Entender a percepção dos fatores de risco daqueles alunos que não buscam a realização do teste;
Propor ações para ampliar a atuação do Polo de Prevenção na Universidade, visando a promoção da saúde e prevenção de IST no meio acadêmico;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefícios diretos aos participantes a pesquisadora propõe oferecer "a possibilidade de após a participação da entrevista, enquanto aguardam o resultado do teste, uma oportunidade de intervenção em prevenção com esclarecimentos de dúvidas ou de informações referente ao tema de estudo." Além disso, a pesquisadora também garante que informará sobre a possibilidade de realizar o teste rápido para os estudantes que não buscaram o Polo, mas que participarão da pesquisa.

Esta é uma pesquisa de baixo risco. A pesquisadora elenca que um dos possíveis riscos é o desconforto do participante com o tema, e caso "caso seja identificado por parte dos participantes e ou da pesquisadora qualquer tipo de sofrimento, como por exemplo desordem emocional, provocado pela pesquisa e seu tema, serão disponibilizadas informações sobre os serviços de atendimentos oferecido na universidade, tal como o Centro de atendimentos Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília – CAEP e centros similares em outras instituições de ensino, além do núcleo de serviços na prevenção em IST, HIV e Aids." A pesquisadora garante a interrupção das entrevistas a qualquer momento caso a pessoa e/ou a pesquisadora identifique a presença desses riscos. Os participantes serão livres para desistir da pesquisa a qualquer tempo.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.607.170

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está adequado às exigências da Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou todos os Termos obrigatórios e os mesmos estão adequados.

Recomendações:

A pesquisadora deverá atualizar o cronograma de coleta de dados, uma vez que a previsão para início da coleta estava para o dia 02 de setembro de 2019. Este CEP não avalia projetos já iniciados. Mas como a pesquisadora se comprometeu em documento assinado que apenas daria início à aprovação deste CEP, faz-se necessária a atualização do cronograma. Caso a coleta de dados tenha sido iniciada antes desta aprovação, favor notificar este CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado pelo CEP/CHS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1381634.pdf	27/06/2019 21:52:27		Aceito
Cronograma	cronograma_modificado.pdf	27/06/2019 21:51:12	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_MG_27_06_modificado.pdf	27/06/2019 21:46:45	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_modificado001.pdf	27/06/2019 21:34:15	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	23/06/2019 15:19:36	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas.pdf	23/06/2019 14:53:03	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/06/2019 14:32:56	MARIA DA GRACA CORREA LOPES	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.607.170

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/06/2019 14:32:56	WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Maria_da_Graca_Wohl gemuth.pdf	22/06/2019 14:14:55	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Larissa_Polejack.pdf	22/06/2019 14:01:54	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	carta_revisao_etica.pdf	22/06/2019 13:51:40	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Outros	Aceite_Institucional.pdf	22/06/2019 13:45:36	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	22/06/2019 13:42:59	MARIA DA GRACA CORREA LOPES WOHLGEMUTH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 28 de Setembro de 2019

Assinado por:
Érica Quinaglia Silva
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br