

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM AMBIENTE E
SAÚDE**

ANDRÉ CARLOS BETIATTO

**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS
DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS FRENTE AO RISCO DE
INFECÇÃO PELO HIV**

LAGES, 2017

ANDRÉ CARLOS BETIATTO

**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS
DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS FRENTE AO RISCO DE
INFECÇÃO PELO HIV**

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso
de Mestrado em Ambiente e Saúde da
Universidade do Planalto Catarinense.

Orientadora: Dra. Juliana Cristina
Lessmann Reckziegel

Linha de pesquisa: Ambiente, saúde e
sociedade.

LAGES, 2017

Ficha Catalográfica

B562c Betiatto, André Carlos.
Conhecimentos, percepções e comportamentos de estudantes universitários frente ao risco de infecção pelo HIV / André Carlos Betiatto. — Lages : Ed. do autor, 2017.
165 p. ; il.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde
Orientadora : Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

1.Medicina. 2. HIV/Aids. 3. Comportamento de risco.
I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann (orient.) . I. Título.

CDD 616.9792

ANDRÉ CARLOS BETIATTO

Dissertação intitulada "Conhecimentos, Percepções e Comportamentos de Estudantes Universitários Frente ao Risco de Infecção Pelo HIV" foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 26 de abril de 2017, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título:

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

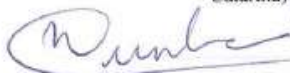
Banca examinadora:



Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (PPGAS - Universidade do Planalto Catarinense) Orientadora



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles (UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina)



Dra. Natalia Veronez da Cunha Bellinati (PPGAS - Universidade do Planalto Catarinense)

Dra. Karla Fabiana Goessler (UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense)

Dra. Bruna Fernanda da Silva (PPGAS - Universidade do Planalto Catarinense)

Dedicado a meus irmãos Jovani e Ana Paula Betiatto.

*“Então qual o sentido de juntar as palmas
Quando uma criança desfalece nos braços da mãe.
É um mundo cruel,
Nós temos muito a perder
E o que nós temos a aprender, raramente escolhemos
Portanto, se foi Deus que levou seu filho
Ele não pode ser único a viver na mente dela.
Tome cuidado meu amor, ela disse.
Não pense que Deus está morto.
Tome cuidado meu amor, ela disse.
Você foi amado”
(George Michael)*

AGRADECIMENTOS

À professora Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, por ter me orientado de forma tão presente, com amorosidade e encorajamento durante caminho da pesquisa, tornando-a um processo verdadeiramente colaborativo. Palavras não podem expressar tamanha gratidão.

A todos os professores e professoras do Mestrado em Ambiente e Saúde da UNIPLAC pelos ensinamentos e construções conjuntas e pelas palavras de encorajamento que tornaram a experiência mais humana e positiva.

A Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) e toda sua equipe, em especial ao reitor Dr. Luiz Carlos Pflieger pela solicitude demonstrada e interesse constante no bom andamento da pesquisa.

Um agradecimento especial a Renata Dal Bó Mazzuco, uma pessoa cuja qual eu não sei nem por onde começar a explicar a importância na minha vida, mas amor consegue resumir.

Dedico esse trabalho aos meus pais, Dirceu Betiatto e Dorotéia D'Agostini Betiatto e declaro meu amor universal e incondicional a eles que não apenas me deram vida, mas me ensinaram valores dos quais tenho muito orgulho. Espero poder sempre fazê-los orgulhosos também. Toda vitória que eu conquistar, será de vocês também, para sempre!

ABREVIATURAS E SIGLAS

SIDA/aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CD4	Contagem plasmática linfócitos CD4
CD8	Contagem plasmática linfócitos CD8
CDC	Center for Disease Control and Prevention
Censup	Censo de Educação Superior
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
GPS	<i>Global Position System</i> (Sistema de Posicionamento Global)
GSN	<i>Geosocial Network</i> (Rede Geosocial)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMPAD	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCP	<i>Pneumocystis carinni</i>
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PrEP	Profilaxia Pré-exposição ao HIV
TARV	Terapêutica anti-retroviral
UNAIDS	The joint United Nations Programme on HIV/AIDS

RESUMO

Apesar dos esforços mundiais no combate da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta um crescimento no número de novos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este quadro instiga estudos constantes em busca de soluções eficazes frente às constantes mudanças socioeconômicas, ambientais e culturais da população.

Objetivo: Analisar conhecimentos, percepções e comportamentos de estudantes universitários do planalto catarinense frente aos riscos de infecção pelo HIV. **Métodos:** Realizou-se de um estudo observacional transversal prospectivo com 367 estudantes de graduação e pós-graduação de uma universidade em Santa Catarina, no período de maio a setembro de 2016. O instrumento de pesquisa foi um questionário *online* autoaplicável dividido em quatro partes abordando dados sócio-demográficos, conhecimentos sobre HIV/Aids, comportamentos e fatores associados acerca dos riscos de infecção pelo HIV e a percepção para tais riscos. **Resultados:** Embora a importância do uso de preservativo em relações sexuais para prevenir a infecção pelo HIV tenha sido reconhecida por 99,73% dos(as) entrevistados(as), foram detectadas falhas no conhecimento sobre transmissão e prevenção ao HIV/Aids. Dentre os 301 (82,02%) dos indivíduos que relataram atividade sexual nos últimos 12 meses, 247 (82,33%) apresentaram inconsistência no uso de preservativo. Quanto à testagem para o HIV, 214 (58,31%) do total de entrevistados nunca fizeram o teste. **Conclusão:** Foram encontradas lacunas nos conhecimentos sobre HIV/Aids entre a população estudada, além de incongruências destes com os comportamentos e as percepções acerca do risco de infecção pelo HIV, com variações significativas em determinados subgrupos.

Palavras-chave: HIV; Comportamento de risco; Percepção.

ABSTRACT

Despite global efforts to combat the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) epidemic in the last decades, Brazil had an increase in the number of new HIV infection occurrences. This matrix instigates constant studies in search of effective solutions in the considering the constant socioeconomic, environmental and cultural changes of the population. **Objective:** To analyze knowledge, perceptions and behaviors of college students from a university in Santa Catarina concerning the risks of HIV infection. **Methods:** We conducted a prospective observational study with 367 graduate and postgraduate students enrolled in a University in the plateau of Santa Catarina, Brazil, in the period between May and September, 2016. The research instrument for data collection was an online self-applicable questionnaire divided in four parts approaching sociodemographic data, knowledge about HIV/AIDS, behaviors and associated factors concerning the risks of HIV infection and the perception of such risks. **Results:** Although the importance of the usage of condoms to prevent HIV-infection through sexual intercourse was recognized by 99,73% of the interviewees it was detected knowledge flaws about HIV/AIDS transmission and prevention . Among the 301 (82,02%) individuals that stated to have sexual activity in the previous 12 months, 247 (82,33%) reported inconsistent condom usage. As for the HIV testing, 214 (58,31%) of the interviewed population stated that they have never tested. **Conclusions:** We found gaps in the HIV/AIDS knowledge among the studied population, aside from incongruities of that matter with behaviors and perception concerning the risks of HIV infection, with significant variations among certain subgroups.

Keywords: HIV; risk behavior; Perception

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 HIV/AIDS: 30 ANOS DA EPIDEMIA.....	22
3.2 COMPORTAMENTOS SEXUAIS E FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE PARA INFECÇÃO POR HIV.....	29
3.2.1 Iniciação sexual.....	31
3.2.2 As possibilidades de relações sexuais na era digital.....	33
3.2.3 Contextos de múltiplos parceiros sexuais.....	37
3.2.4 Sexo, consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.....	41
3.3 PERCEPÇÃO DE RISCO E COMPORTAMENTO DE RISCO.....	43
4. METODOLOGIA.....	49
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	49
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
4.3.1 População de Pesquisa.....	50
4.3.2 Amostra do Estudo.....	50
4.3.3 Critérios de Inclusão.....	51
4.3.4 Critérios de Exclusão.....	51
4.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS.....	51
4.4.1 Descrição das variáveis.....	54
4.5 ANÁLISES DE DADOS.....	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS, BENEFÍCIOS e CRITÉRIOS PARA ENCERRAR A PESQUISA.....	56
4.6.1 Dos riscos.....	57
4.6.2 Dos Benefícios.....	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	60
5.1 CONHECIMENTOS DE UNIVERSITÁRIOS SOBRE HIV/AIDS.....	61

5.2 KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND BEHAVIOURS CONCERNING THE RISK FOR HIV INFECTION AMONG UNIVERSITY STUDENTS.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERENCIAS.....	120
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	138
APÊNDICE B: FORMULÁRIOS DE COLETA DE DADOS.....	142
APÊNDICE C: GABARITO DA ‘PARTE 2’ DO QUSTIONÁRIO – CONHECIMENTOS SOBRE HIV/AIDS.....	154
APÊNDICE D: FOLDER COM INFORMAÇÕES SOBRE HIV/AIDS PÓS-QUESTIONÁRIO.....	155
ANEXOS.....	157
ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO, ADEQUAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “Conhecimentos sobre HIV/AIDS”.....	157
ANEXO 2: HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q) (45 item version).....	158
ANEXO 3: DECLARAÇÃO DE APOIO PELO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.....	162

1. INTRODUÇÃO

Mais de três décadas depois do primeiro diagnóstico de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) ainda é considerada um dos mais sérios desafios de saúde pública no mundo (UNAIDS, 2014a).

A infecção pelo HIV é reconhecida como uma doença crônica com evolução lenta que apresenta três estágios básicos: infecção aguda, latência clínica e fase sintomática ou aids (BRASIL, 2013a). A forma mais comum de transmissão do HIV é através de relações sexuais sem proteção, envolvendo contato com sangue, sêmen e/ou fluido cervical ou vaginal infectados, (BRASIL, 2013b). A transmissão ainda pode ocorrer através de transfusão de sangue (ou derivados do mesmo) infectado, uso de agulhas e equipamentos perfurocortantes infectados, ou ainda, de mãe para filho durante a gestação, parto e/ou amamentação, de forma vertical (BRASIL, 2013b). O método mais eficaz para evitar a disseminação do vírus é a prevenção, também sendo relevante a realização de testagem regular para o HIV visando descoberta precoce e o início do tratamento antirretroviral imediato, em caso positivo (JOHNSON et al., 2014).

Durante a década de 1980 o HIV/Aids foi tratado pelos órgãos de saúde como “uma doença que mata”, divulgada em capas de revistas mostrando pessoas públicas, como cantores famosos e celebridades, em estado debilitado pela síndrome (NETO, 1991; NUNES, 2010). O pânico gerado por tal abordagem conseguiu, de certa forma, sensibilizar as pessoas para os riscos de contrair o HIV (SILVA, 2013). Por outro

lado, houve uma estigmatização dos chamados “grupos de risco”, em especial homossexuais do sexo masculino, subpopulação que apresentava maior incidência de casos na época (CABESTRÉ, 1996).

Nos anos 90, com o advento dos tratamentos antirretrovirais e maiores informações sobre os modos de infecção, a aids passou a ser retratada como uma doença com a qual se poderia conviver (GREENE, 2007; SILVA, 2013). Estes tratamentos, no entanto, causaram um efeito colateral: a falsa impressão de que os problemas com o HIV/Aids teriam terminado, o que, possivelmente, afetou a percepção de risco para a contaminação pelo HIV entre a população (GREENE, 2007).

Muitas campanhas e estratégias têm sido adotadas ao longo dos anos, tentando alertar as pessoas sobre os riscos de contaminação e as formas de prevenção (UNAIDS, 2014b). No entanto, há indivíduos que ainda assumem comportamentos de risco, como relação sexual sem preservativo, compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis e realização de procedimentos de saúde e estéticos em condições precárias de higiene e esterilização de materiais (PIOT; QUINN, 2013; UNAIDS, 2014b).

Atualmente no Brasil, o Ministério da Saúde enfatiza o diagnóstico precoce e a luta contra o preconceito, sem perder o foco na prevenção (BRASIL, 2013b; SILVA, 2013). Embora as campanhas do governo tenham um impacto discutível em termos de eficácia, relegadas muitas vezes apenas a editoriais que atingem um público muito limitado (NETO, 1996; 2008), a mudança de percepção da doença como um agravo social e não apenas físico contribuiu para fóruns de discussões mais abrangentes e inclusivos (SILVA, 2013).

A internet, desde sua popularização há cerca de duas décadas, até seu fácil acesso através de *smartphones* nos dias de hoje, também tiveram impacto importante nas relações entre as pessoas (MAN et al., 2013; YOUNG, 2013), criando um ambiente que facilita a socialização, possibilitando encontros entre pessoas que antes seriam improváveis (BETIATTO et al., 2015). A facilidade de promover encontros entre pessoas, incluindo profissionais do sexo, através da internet, bem como a perspectiva de anonimato, que traz possibilidades de experimentações de facetas do usuário sem o constrangimento social do ambiente *offline*, fazem da internet um mundo virtual onde expressões sexuais com maior diversidade possam ocorrer e que podem influenciar comportamentos sexuais (MENDES et al., 2011). Segundo estudo recente, o uso de recursos como sites de relacionamentos e aplicativos de celular que facilitam a busca e o encontro de parceiros pode estar associado a comportamentos de riscos para a infecção pelo HIV (YOUNG, 2013).

A tendência crescente de novas configurações maritais e de relações, como os relacionamentos extraconjugais consensuais, também incitam investigações, especialmente no que diz respeito ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST) (CONLEY et al., 2012; MATSICK et al., 2014). Esses relacionamentos acontecem em diferentes arranjos e podem envolver intenções, afetivas, sexuais ou ambas (CONLEY et al., 2012; MATSICK et al., 2014), mas independente desse fator, dados da literatura apontam que múltiplos parceiros sexuais, sejam eles concomitantes ou não, levam a uma tendência de aumento das chances de contrair o HIV (SHELTON et al., 2004).

De acordo com o último relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS), cerca de 36,7 milhões de pessoas no mundo (aproximadamente 0,8% dos adultos entre 15-49 anos) estavam vivendo com o vírus ao final de 2015, sendo que pouco menos da metade desse número não sabe que está infectado (cerca de 16 milhões) (UNAIDS, 2016). Com prevalência e incidência variando bastante entre diferentes países, o Brasil apresentou uma taxa de aumento dos novos casos de 4% entre os anos de 2010 e 2015, o que representa 40% dos novos casos da América Latina e Caribe, tendência contrária aos números globais, que se mantiveram estáveis (UNAIDS, 2016). De acordo com o relatório do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, 13,9% das novas infecções ocorreram em jovens com idade entre 15 anos e 24 anos no ano de 2015, sendo que esta porcentagem era de 11,0% em 2010 (BRASIL, 2016a). Estima-se que aproximadamente 30% da população brasileira estejam nessa faixa etária e é importante ressaltar que segundo os dados do Censo de Educação Superior (CENSUP) de 2012, o percentual de pessoas frequentando a educação superior representa quase 30% da população brasileira que tem entre 18 a 24 anos (CENSUP, 2012).

O ingresso na vida acadêmica pode causar grandes transformações no cotidiano dos jovens, pois muitos necessitam mudar-se para outras cidades, ausentando-se do convívio familiar constante (TEIXEIRA et al., 2007). Em Santa Catarina, por exemplo, o último censo Brasileiro apontou que o estado apresentava o percentual mais elevado de alunos que se deslocam para outros municípios para cursar o ensino superior, sendo aproximadamente 184 mil estudantes, o que

corresponde a 10,1% do número total de jovens no ensino superior no estado (BRASIL, 2010). Também é relatado que nesta etapa da vida normalmente ocorrem muitas mudanças na vida dos jovens, como a inserção em novos contextos de convívio social, cultural e ambiental (PILLON et al., 2005). Essas mudanças podem deixá-los mais suscetíveis à exposição ao uso de drogas e substâncias psicoativas, sendo o álcool a mais comum e mais relacionada a comportamentos de risco, como dirigir embriagado ou ter relações sexuais sem proteção (PILLON et al., 2005; ANDRADE et al., 2010).

Ao longo dos anos tornaram-se cada vez mais importantes investimentos efetivos de recursos no controle das infecções por HIV, com estratégias baseadas em informações atualizadas (CASE et al., 2012). A identificação das subpopulações com maior risco de infecção e os comportamentos que podem levar a esse desfecho são importantes para consolidar o conhecimento sobre a epidemia, assim como expor lacunas de informação que devem ser preenchidas (CASE et al., 2012). O relatório da UNAIDS e seus números poderiam ser considerados elementos centrais para nortear o entendimento de pessoas com relação aos comportamentos de risco e suas consequências. No entanto, despertar a percepção de risco das pessoas não é tarefa fácil, e estudos apontam que essa conscientização não é influenciada de forma eficaz apenas por dados estatísticos unidimensionais, mas deveria ser construída através de um caminho de duas vias, levando em consideração aspectos sociológicos, históricos, econômicos e culturais, onde ambos os lados, ‘*experts*’ e público, contribuem para a construção do conhecimento (SLOVIC, 1987; CONNOLLY et al., 2014).

O entendimento desses fenômenos é de grande importância para realização de medidas de promoção da saúde capazes de reduzir a transmissão global do HIV (UNAIDS, 2008, p 100), destacando a dificuldade de identificar a percepção e conhecimentos das pessoas acerca do risco de adquirir HIV, considerando a complexidade dos sujeitos e as especificidades socioambientais de cada região (UNAIDS, 2014b).

Pretende-se que as informações coletadas e analisadas através dessa pesquisa possam auxiliar em conhecer os indivíduos dentro da subpopulação pesquisada e suas possíveis vulnerabilidades para a infecção pelo HIV. Espera-se que conhecendo o sujeito dentro de um contexto de integralidade possa-se contribuir para a comunicação informações sobre prevenção da do HIV/Aids de forma segmentada, abrindo um diálogo com indivíduos que conseguem relacionar sua vivência com tais dados. Levando em conta fatores de natureza social, ambiental, econômica, epidemiológica e cultural, pretende-se ainda contribuir para a elaboração de ferramentas e políticas de saúde pública que visem auxiliar na educação e prevenção da transmissão do HIV.

Diante desse cenário, levantou-se a questão: **Quais os conhecimentos, percepções e comportamentos de estudantes universitários frente ao risco de infecção pelo HIV?** Este estudo investigou sob uma visão interdisciplinar a lacuna que se forma entre os conhecimentos e percepções construídos por esse público, que, em geral, se enquadra na faixa etária em que a taxa de novos casos de infecção por HIV aumentou no Brasil nos últimos anos (BRASIL, 2016a) e os riscos possivelmente assumidos por esses indivíduos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar conhecimentos, percepções e comportamentos de estudantes universitários do planalto catarinense frente aos riscos de infecção pelo HIV.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico-ambiental de estudantes universitários;
- Verificar a percepção e conhecimento de estudantes universitários sobre HIV/Aids;
- Investigar a ocorrência de comportamentos de risco para infecção por HIV em estudantes universitários.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura a seguir versará sobre a evolução da epidemia de aids, as características da doença, formas de transmissão e padrão epidemiológico. Também serão apresentados estudos sobre percepção de risco e os fatores que influenciam no comportamento das pessoas frente ao risco de contaminação pelo HIV.

A revisão bibliográfica foi feita junto à base de dados Scielo a partir de combinação das palavras-chave HIV, Aids, conhecimento, percepção e risco. Como alguns dos assuntos tratados se mostraram escassos nesta plataforma, foi também utilizada a ferramenta de busca Google Acadêmico®. Esse sistema permitiu a contemplação de temas mais recentes relacionados a fatores de risco para infecção pelo HIV/Aids, como o sexo na era digital e configurações de relacionamentos não monogâmicos consensuais.

3.1 HIV/AIDS: 30 ANOS DA EPIDEMIA

Os primeiros casos de aids começaram a ser identificados em 1981, nos Estados Unidos (VALDISERRI, 2011), sendo que as evidências iniciais da epidemia apontavam para a ocorrência de imunodeficiência inespecífica predominante em grupos de indivíduos que possuíam comportamentos de risco em comum (GREENBLATT; HESSOL, 2000). Os primeiros casos relatados ocorreram em 1981 com cinco jovens homossexuais do sexo masculino que estavam previamente saudáveis e que necessitaram de tratamento para pneumonia causada

pelo fungo unicelular *Pneumocystis carinni* (hoje conhecido como *Pneumocystis jiroveci*) (PCP) em Los Angeles (VALDISERRI, 2011; DE COCKA et al., 2012). A infecção por este fungo oportunista foi a primeira evidência clínica do que mais tarde seria identificado como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) (VALDISERRI, 2011; DE COCKA et al., 2012).

Novos casos de infecção pelo fungo *Pneumocystis carinni* e outras doenças oportunistas como o sarcoma de Kaposi, passaram a ser observados em homens que faziam sexo com homens, sendo que os pacientes apresentavam em comum um quadro de imunodeficiência desconhecida, dando indícios que a transmissão poderia estar ocorrendo via relações sexuais (DE COCKA et al., 2012).

Em 1982, com a verificação da síndrome em usuários de drogas injetáveis, em pessoas hemofílicas recebendo transfusão sanguínea, em mulheres e recém-nascidos, concluiu-se que o agente infeccioso, ainda desconhecido, estava também ligado ao sangue e propôs-se a sigla SIDA para designar a doença (GREENBLATT; HESSOL, 2000).

No ano de 1983 uma equipe de pesquisadores franceses observou a associação entre um retrovírus e a aids, sendo que no ano seguinte, em trabalho conjunto com pesquisadores americanos, foi publicado um estudo que estabeleceu que o vírus, agora chamado de HIV, era o causador da aids (MONTAGNIER, 2002).

Na década seguinte a epidemia de aids se espalhou pelo mundo, apresentando picos epidêmicos em períodos de tempo distintos em diversos países (GREENBLATT; HESSOL, 2000; DE COCKA et al., 2012). Com a intensificação dos estudos observou-se que existiam dois tipos de vírus, o HIV-1 e o HIV-2, sendo o primeiro o mais comum em

todo o mundo, portanto responsável pela pandemia mundial, enquanto pouco se sabia sobre o segundo, mais comum no oeste do continente africano (GREENBLATT; HESSOL, 2000; DE COCKA et al., 2012). As principais diferenças entre os dois tipos de vírus são que o HIV-2 raramente é transmitido de forma vertical e a progressão para a AIDS é mais lenta (DE COCKA et al., 2012). Hoje considera-se que o HIV é uma evolução resultante de uma transferência zoonótica de um vírus similar encontrado em símios na África, denominado vírus da imunodeficiência símia (SIV) (LACKNER; VEAZEY, 2007; SHARP; HAHN, 2011).

O desenvolvimento de exames para detecção do HIV ainda nos anos 80 e a descoberta da terapia antirretroviral (TARV) composta por medicamentos que impedem a replicação do vírus, mas que, no entanto, não conseguem erradicá-lo, na década de 90 conseguiu diminuir significativamente a mortalidade relacionada à aids (VALDISERRI, 2011). As informações construídas ao longo dessas duas décadas acerca do vírus e formas de prevenção também foram importantes para a diminuição da mortalidade e do número de novos casos da doença (LACKNER; VEAZEY, 2007; VALDISERRI, 2011).

Foram elucidados os modos de transmissão do vírus, que podem ocorrer através de contato sexual, transfusão de hemoderivados contaminados, compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis e uso ou acidente com instrumentos perfurocortantes contaminados (LACKNER; VEAZEY, 2007; BRASIL, 2013b). Identificou-se que a transmissão sexual ocorre principalmente através da entrada do vírus no organismo através das mucosas vaginal e anal, sendo a forma mais predominante de infecção pelo HIV (LACKNER;

VEAZEY, 2007). A infecção também pode ocorrer de forma vertical, de mãe para filho, através de exposição a fluídos maternos durante o nascimento ou através do leite materno ou, menos comumente, da mãe para o feto durante a gestação (LACKNER; VEAZEY, 2007; BRASIL, 2013a).

Inicialmente pouco se sabia sobre os mecanismos de ação do vírus, porém hoje sabe-se que uma vez dentro do organismo, o vírus passa a infectar linfócitos T CD4+ e macrófagos, células do sistema imunológico, as quais possuem receptores para o HIV em suas superfícies (HARRIES et al., 2004; PINKERTON, 2007; BRASIL, 2013a). As primeiras semanas após a infecção são caracterizadas por uma alta taxa de replicação viral, depleção de linfócitos CD4+ e disseminação do vírus pelo corpo, caracterizando a fase aguda da doença (PINKERTON, 2007).

Os sintomas da infecção aguda pelo HIV normalmente são leves e podem ser imperceptíveis ou confundidos com um resfriado (HARRIES et al., 2004; BRASIL, 2013a). A resposta corporal envolve a ativação de linfócitos CD8+ específicos contra o HIV, que não conseguem eliminar o vírus, e ocorrência posterior da soroconversão (PINKERTON, 2007). A carga viral sanguínea passa a ser detectável nos exames diagnósticos em cerca de 30 a 60 dias após o contágio (BRASIL, 2013a). Em seguida ocorre a diminuição da viremia, fazendo com que haja controle temporário da infecção, que entra, então, em sua fase crônica (PINKERTON, 2007; BRASIL, 2013a). No entanto, sem a utilização de TARV o organismo não consegue impedir a progressiva replicação viral e a depleção de linfócitos T CD4+, desenvolvendo então a aids, que ocorre quando o sistema imunológico fica debilitado a ponto

de deixar o indivíduo susceptível a infecções oportunistas (PINKERTON, 2007; BRASIL, 2013a).

O parâmetro para mensurar o quadro imunológico das pessoas infectadas com HIV é, portanto, a contagem de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2002; 2013a). O indivíduo, depois de infectado pelo vírus, pode levar de 2 a 15 anos para desenvolver a aids, período em que a contagem de linfócitos T CD4+ normalmente fica acima de 350 células/mm³, quando o organismo ainda não apresenta sintomas severos (BRASIL, 2013b). Contagens inferiores a esse limite tornam os fatores de morbidade e mortalidade relacionados à infecção pelo HIV mais prováveis, à medida que o indivíduo também está em fase mais próxima do acometimento pela aids (HARRIES et al., 2004; PINKERTON, 2007; BRASIL, 2013a).

No início da epidemia de aids, os esforços dos países estavam concentrados em monitorar o avanço da doença na população tentando encontrar os indivíduos infectados pelo vírus (GALLAGHER et al., 2007). Porém percebeu-se que o entendimento de fatores culturais e comportamentais regionais era importante para entender o fenômeno e elaborar políticas de saúde mais eficazes (BRASIL, 2002). Então a UNAIDS propôs em 2000 uma reorganização das estratégias de controle e obtenção de informações acerca do HIV/Aids no mundo, enfocando na vigilância em saúde e reorganização das ações de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2002). Os principais objetivos desse sistema, ainda vigente, enfocam a melhor compreensão das tendências temporais e dos comportamentos que favorecem o avanço da epidemia, estabelecendo uma vigilância flexível e mais eficiente, que visa melhorar o entendimento da dinâmica epidêmica em relação às diferenças

socioculturais nos diferentes contextos mundiais (BRASIL, 2002; GALLAGHER et al., 2007).

Apesar de todos os esforços realizados, o HIV continua sendo um problema de saúde de impacto global (DE COCKA et al., 2012; UNAIDS, 2014b). Em 2015, cerca de 1,1 milhões de pessoas ao redor do mundo morreram por causas relacionadas ao HIV (UNAIDS, 2016) e estimou-se que ao final do mesmo ano, o número mundial total de pessoas vivendo com HIV foi de aproximadamente 36,7 milhões, sendo que pouco menos do que metade delas não sabia que estava infectada (UNAIDS, 2016).

O Brasil tem 2,26% dos casos mundiais de HIV e 2,10% dos novos casos registrados em 2015, colocando-o entre um grupo de 15 países que juntos contabilizam aproximadamente 75% dos casos registrados (UNAIDS, 2016). A América Latina apresentou uma queda de 3% no número de novas infecções por HIV entre o período de 2010-2015, sendo que o Brasil, que representa 41,5% dos casos de pessoas infectadas pelo HIV dessa região, apresentou uma tendência contrária com um aumento de 4% (UNAIDS, 2016), sendo que 13,9% dos novos casos são detectados em jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2016a).

Embora o incentivo para o uso de preservativos tenha papel importante na luta contra o HIV/Aids, a UNAIDS enfatiza a importância de outras ações como a redução da violência e preconceito contra grupos com graus de vulnerabilidades como mulheres, homossexuais, bissexuais, transexuais e profissionais do sexo, o diagnóstico precoce com subsequente acesso a tratamento e as Profilaxias Pré-exposição (PrEP) e Pós-exposição (PEP) ao HIV (UNAIDS, 2016). A PrEP é uma intervenção biomédica que envolve a utilização de medicamentos

antirretrovirais por pessoas não infectadas para reduzir o risco de infecção pelo HIV através de relações sexuais. Este tratamento profilático é indicado para indivíduos que estão mais susceptível à infecção pelo HIV, como profissionais do sexo, homens que tem relações sexuais com outros homens em um contexto promíscuo (grande rotatividade de parceiros), sem uso de preservativos e entre parceiros sorodiscordantes (MANSERGH et al., 2012; BRASIL, 2013b; KUCHENBECKER, 2015). Outra intervenção biomédica preventiva importante é a PEP, tratamento que impede sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo, indicado para pessoas que foram expostas ao vírus dentro de um período máximo de 72 horas (MANSERGH et al., 2012; BRASIL, 2013b; KUCHENBECKER, 2015). Estes procedimentos tem-se mostrado bastante eficazes e são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MANSERGH et al., 2012; UNAIDS, 2016).

Em dezembro de 2014 a UNAIDS propôs uma meta ambiciosa para acabar com a epidemia mundial de HIV/AIDS até o ano de 2030 (UNAIDS, 2014a). No documento *Fast Track – Ending the AIDS Epidemy by 2030*, propostas que envolvem investimentos financeiros em educação e acesso ao tratamento visam chegar ao fim do prazo com 95% das pessoas que tem HIV cientes de sua soropositividade, destas 95% recebendo TARV e, ainda, 95% deste último grupo com carga viral indetectável (UNAIDS, 2014a).

3.2 COMPORTAMENTOS SEXUAIS E FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE PARA INFECÇÃO POR HIV

É difícil mensurar a magnitude do risco de infecção pelo HIV com exatidão, pois depende do uso ou não de preservativo e da relação sexual acontecer ou não com uma pessoa infectada pelo vírus, cuja chance está ligada à prevalência do HIV na região em questão (SLAYMAKER et al., 2004). Ainda assim, não se pode deixar de levar em consideração que a contaminação pelo HIV está intimamente ligada às práticas sexuais sem proteção (VALDISERRI, 2011; ABOIM, 2012; DE COCKA et al., 2012).

O estudo da sexualidade humana através de uma visão interdisciplinar, em oposição a modelos mais progressos que levavam em conta apenas fatores biológicos e antropológicos, tem papel central no entendimento de como DST se disseminam (GRAY; GARCIA, 2013). Dessa forma, é necessário levar-se em consideração a complexidade do assunto, contemplando aspectos sociais, culturais e psicológicos e vulnerabilidades (ANTUNES, 2007). Leva-se em consideração o conceito de vulnerabilidade como “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação” além da disponibilidade de recursos de proteção e enfrentamento de consequências indesejáveis oriundas de tal situação (AYRES et al., 2003).

É importante ressaltar, no entanto, que esse é um campo difícil de ser estudado, porque raramente são possíveis observações diretas dos comportamentos sexuais e pesquisas envolvendo esses assuntos tendem

a ser emocionalmente e socialmente impactantes para as pessoas, dificultando uma coleta de dados com alto grau de confiabilidade (GRAY; GARCIA, 2013).

Houve mudanças significativas no comportamento sexual das pessoas nas últimas décadas (ANTUNES, 2007). A popularização do uso de antibióticos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, que até então não tinham cura, e o advento da pílula anticoncepcional podem ser considerados, dentre outros fatores, razões que levaram a um aumento da permissividade em relação ao sexo e um início mais precoce da vida sexual, entre as décadas de 1960 a 1980 (GREENBLATT; HESSOL, 2000; ANTUNES, 2007). A epidemia de aids que se seguiu a partir de meados dos anos 80, fez com que a próxima década fosse marcada pelo medo da contaminação, levando uma diminuição da permissividade sexual (BELL et al., 1999; ANTUNES, 2007; DE COCKA et al., 2012).

O advento do TARV na metade dos anos 90, que diminuiu de forma significativa a morbimortalidade associada a aids causou uma falsa sensação de segurança, que resultou em um quadro ainda vigente de uma menor preocupação com comportamentos de risco para a infecção pelo HIV (MANSERGH et al., 2012; PRESTAGE et al., 2012; MAN et al., 2013). Outras mudanças observadas foram o início mais precoce da vida sexual e um comportamento que aprecia experimentações e níveis de transgressão na busca pelo prazer, que valoriza um erotismo hedonista em que qualquer comportamento sexual é permitido (ANTUNES, 2007).

A seguir serão apresentados os fatores de risco associados à vulnerabilidade para a infecção pelo HIV, que serão tratados

separadamente, incluindo discussões como a iniciação sexual, o consumo de substâncias psicoativas, mudanças nos comportamentos sexuais nas últimas décadas e as novas tecnologias associadas a eles.

3.2.1 Iniciação sexual

As transformações hormonais que conduzem à maturidade reprodutiva durante a adolescência, também se traduzem em alterações emocionais e mudanças comportamentais que normalmente são percebidas na forma de desejo sexual (ANASTÁCIO, 2010). Essas mudanças devem ser compreendidas não apenas do ponto de vista biológico, mas também cultural e psicossocial, respeitando a heterogeneidade dessa população (PELEGE; PICOD, 2006). O reconhecimento dessas particularidades é importante para que os adolescentes tenham experiências positivas sobre o corpo sexuado e sua normalidade, seu potencial sexual e a forma como estabelecem relações com outros indivíduos (PELEGE; PICOD, 2006; ANASTÁCIO, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a adolescência compreende o período entre os 10 e os 19 anos, configurando a transição entre a infância e a idade adulta (WHO, 2004). Este intervalo representa um declínio do controle familiar sobre esses indivíduos, que sentem gradualmente uma maior sensação de emancipação e de autonomia, levando a escassez de conversas com os progenitores, especialmente no que diz respeito à sexualidade (ANASTÁCIO, 2010). Alguns estudos têm demonstrado a importância da intervenção dos progenitores nessa fase de transição entre a adolescência e a vida adulta, seja na comunicação e envolvimento com os filhos ou na imposição de

disciplina, fatores que terão impacto em seus comportamentos e decisões (NEWMAN et al., 2008; TRONCO; DELL'AGLIO, 2012).

Considerando esse contexto e o fato de que nessa fase da vida a cognição e a tomada de decisões importantes ainda estão em processo de desenvolvimento, os indivíduos dessa faixa etária encontram-se mais vulneráveis a assumir comportamentos sexuais de risco (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012). Outro fator importante nesse período de amadurecimento são as mudanças sociais, econômicas e ambientais, representadas pelo ingresso no mercado de trabalho, no ensino superior ou em ambos (ANTUNES, 2007). Muitas vezes, essas mudanças socioambientais incluem deixar o meio familiar e viver em outra cidade (ANTUNES, 2007).

É importante ressaltar que é também nessa fase em que ocorre a afirmação social da identidade sexual, que leva a consolidação da orientação sexual, fator que pode ter um forte impacto psicológico e emocional (NETO et al., 2012). Além disso, as normas e expectativas sociais, bem como a opinião de amigos podem afetar significativamente o comportamento desses indivíduos, algumas vezes de forma a aumentar os riscos para a saúde (NEWMAN et al., 2008).

É nessa faixa de etária que grande número dos adolescentes tem sua primeira relação sexual (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) de 2012, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 28,7% dos adolescentes brasileiros iniciam a vida sexual antes dos 16 anos (BRASIL, 2012). Em relação ao gênero, adolescentes do sexo feminino tendem a buscar a primeira relação sexual em um relacionamento estável ou com grande grau de afetividade, enquanto que os do sexo

masculino requerem uma experiência em que haja menor compromisso (ALVAREZ, 2005).

Estudos sobre a iniciação sexual e o uso de preservativos têm indicado que adolescentes tendem a não usá-los, especialmente quando iniciam sua vida sexual muito cedo, ficando assim expostos a DST (ANTUNES, 2007; DIAS III, 2008; BRASIL, 2012).

Em relação a aids, acredita-se que haja uma subnotificação de casos na adolescência, pois a maioria dos casos notificados encontra-se em indivíduos entre 25 e 49 anos (DIAS III, 2008). No entanto o vírus pode passar até 10 anos em estado de latência, sem provocar nenhum sintoma grave, fazendo com que o diagnóstico da contaminação ocorrida na adolescência seja conhecido apenas depois do início da vida adulta (DIAS III, 2008; UNAIDS, 2014b).

3.2.2 As possibilidades de relações sexuais na era digital

Nos últimos 25 anos, desde a popularização da internet e os avanços tecnológicos que levaram a esta que é denominada a “Era Digital”, a forma como as pessoas comunicam-se, relacionam-se e interagem mudou de forma considerável (SIEMENS, 2014). Segundo estimativas, em 2015 cerca de 50% da população mundial possuíam *smartphone* (GSMA-INTELLIGENCE, 2015) 42% tinham acesso à internet (INTERNET-WORLD-STATS, 2015). No Brasil, o Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgada pelo IBGE, apontou que 59,4% dos lares estavam conectados a internet, o que representa um aumento de cerca de 14% em relação aos números de 2013 (BRASIL, 2014a). O termo “netidãos” (tradução livre de *netizens* da língua

inglesa) tem sido usado para designar pessoas que passam pelo menos uma hora diária usando a internet e o Brasil apresenta a terceira maior proporção mundial desses indivíduos, cerca de 28% da população do país, de acordo com dados estatísticas de 2015 (ERICSSON, 2015).

Desde sua popularização no final da década de 90, a internet tornou-se um instrumento com popularidade crescente para a busca de relacionamentos afetivos, parceiros sexuais e profissionais do sexo, através de sites de relacionamentos, *chats*, jogos *online* e redes sociais (DANEBACK et al., 2007). Embora haja uma tendência maior entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em utilizar meios da internet na busca de parceiros sexuais, um estudo realizado na Virgínia, Estados Unidos, em 2013 demonstrou que 14,8% dos usuários de internet em geral buscavam sexo *offline*, além de uma maior probabilidade de contrair DST entre esse público (BROWN et al., 2015).

No final da primeira década dos anos 2000 surgiram novas tecnologias para busca de parceiros, os aplicativos de rede geosocial (GSN) para smartphones, que também utilizam ferramentas da internet (BEYMER et al., 2014; MARTINS FILHO, 2014). Esses aplicativos possibilitam não apenas a troca de informações, mensagens e fotos, como já acontecia nos sites de relacionamentos baseados em navegadores da internet, mas também saber a proximidade geográfica dos indivíduos, organizando os perfis de acordo com a distancia entre os usuários, aumentando, dessa forma, a chance de encontros *offline* (BEYMER, 2012; MARTINS FILHO, 2014). O primeiro desses aplicativos GSN para busca de parceiros foi direcionado para HSH, o *Grindr*®, que segundo o desenvolvedor do aplicativo, possui mais de 2

milhões de usuários ativos por dia espalhados em 172 países diferentes (MARTINS FILHO, 2014; GRINDR, 2015). Hoje o maior concorrente do *Grindr*®, o *Hornet*®, conta com cerca de 9 milhões de usuários ao redor do mundo, segundo o desenvolvedor, sendo que mais de um milhão são brasileiros (HORNET, 2016).

Nos últimos anos novos aplicativos GSN de ‘paquera’ surgiram tentando atingir diferentes públicos, como heterossexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres, pessoas que procuram por relacionamentos extraconjugais e alguns que tentam suprir todas essas demandas ao mesmo tempo (BETIATTO; SILVA; RECKZIEGEL, 2015). Entre eles é relevante destacar o *Tinder*®, que segundo o desenvolvedor, ultrapassou os 100 milhões de downloads em 196 países, sendo o Brasil o terceiro colocado contabilizando 10% do número de usuários, e registra uma média de 26 mil interações diárias entre pessoas em busca de diferentes tipos de relacionamento (TAGIAROLI, 2014). Segundo dados do desenvolvedor do *Tinder*®, “80% dos usuários brasileiros são solteiros e com idade entre 14 e 35 anos” (TAGIAROLI, 2014), sendo que em 2016 a empresa restringiu o acesso de usuários entre 13 e 17 anos, que até então podiam usar o aplicativo (TINDER, 2016).

O aumento da popularidade dos aplicativos GSN direcionados a busca de parceiros despertou o interesse da comunidade científica sob diversos aspectos, incluindo a relação entre uso dessas tecnologias e comportamentos sexuais e a associação destes com riscos para infecção por HIV (BETIATTO; SILVA; RECKZIEGEL, 2015). Segundo dados recentes, HSH, em especial os mais jovens, e que utilizam aplicativos GSN para busca de parceiros parecem ter uma maior chance de assumir comportamentos de risco, como grande número de parceiros, como sexo

sem preservativo (BROWN et al., 2015) e uso de substâncias psicoativas quando comparados a indivíduos que não utilizam essa tecnologia (ZOU, 2016).

Um estudo conduzido na Austrália entre HSH demonstrou que 71% dos entrevistados utilizavam aplicativos GSN para busca de parceiros. Outro estudo conduzido na cidade de Los Angeles, nos Estados Unidos, indicou que dentro deste grupo de indivíduos ocorre uma maior chance de contrair doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia e clamídia (BEYMER et al., 2014). Este último estudo reconhece limitações por ter subestimado a quantidade de aplicativos diferentes para este fim e a dificuldade de ter acesso a resultados de exames para detecção de infecção pelo HIV, fator esse que não apresentou diferença significativa entre os indivíduos que usavam e os que não usavam o aplicativo, e concluiu sugerindo que novas pesquisas sejam realizadas (BEYMER, 2012; BEYMER et al., 2014). É também importante ressaltar que esses aplicativos não são utilizados exclusivamente para procura de parceiros para relações sexuais casuais, mas também para busca de relacionamentos estáveis e de longa duração (RICE et al., 2012).

Fatores como uso da tecnologia de sistema de posicionamento global (GPS), que indica a proximidade espacial entre os usuários de aplicativos GSN, e a facilidade de troca de dados facilitam encontros entre indivíduos deste grupo (MARTINS FILHO, 2014). Reconhecendo os maiores riscos a que essa população se expõe e o potencial de alcance desses aplicativos, o Ministério da Saúde do Brasil tem utilizado o aplicativo *Hornet*® para atingir uma população de mais de um milhão de usuários para ação de prevenção a DST/Aids, com o fornecimento

“informações sobre prevenção, diagnóstico, acesso à Profilaxia Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV e tratamento de HIV/Aids” (BRASIL, 2016b).

3.2.3 Contextos de múltiplos parceiros sexuais

Embora a poligamia seja um comportamento comum em diversas culturas através da história, normalmente estava associada a arranjos maritais entre um homem e várias esposas (SHEFF; TESENE, 2015). No entanto, hoje se observa uma tendência crescente de relacionamentos não-monogâmicas consensuais, em que os envolvidos concordam em ter relações afetivas e/ou sexuais com múltiplos parceiros (FERNANDES, 2009; SHEFF; TESENE, 2015), o que cria um ambiente onde ambos os gêneros possam desfrutar de uma maior variedade de experiências sexuais (SHEFF; TESENE, 2015).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2011, com 1.100 participantes, identificou que 5% dos entrevistados estavam envolvidos em algum tipo de relacionamento não-monogâmico consensual (CONLEY et al., 2012; MATSICK et al., 2014). Segundo um estudo realizado em 48 países, tendo como instrumento um questionário autoaplicável para a medida da sexualidade humana, observou que 35% dos homens e 6,1% das mulheres na América do Sul expressavam o desejo de ter mais de um(a) parceiro(a) sexual nos próximos trinta dias (SCHMITT, 2005).

Essas observações do comportamento sexual humano tem causado o termo ‘levemente poligâmico’ sendo frequentemente utilizado para descrever os padrões maritais atuais, ao invés de ‘monogâmico’,

independentemente se há consenso ou não entre o casal em ter sexo com outros parceiros (GRAY; GARCIA, 2013; SHEFF; TESENE, 2015).

A estrutura destes relacionamentos varia de acordo com regras consensuais que determinam a aproximação romântica/sexual que pode haver entre os parceiros e o grau de intimidade que pode haver entre eles (SHEFF; TESENE, 2015). A literatura, em geral, descreve três formas mais comuns de relacionamentos não-monogâmicos consensuais: poliamor, *swing* e relacionamento aberto (MATSICK et al., 2014; SHEFF; TESENE, 2015). O poliamor é caracterizado por relacionamento entre três ou mais pessoas simultaneamente, no qual o componente afetivo/romântico tem um papel mais importante do que o sexual, o que tende a levar a relacionamentos mais duradouros (MATSICK et al., 2014; SHEFF; TESENE, 2015). Não é incomum que as relações sexuais aconteçam apenas entre duas pessoas de cada vez, em oposição a ideia de sexo grupal entre os envolvidos (HENRICH; TRAWINSKI, 2016). O *swing*, por outro lado, tem como principal característica a troca de parceiros entre casais, em ambientes que muitas vezes se tornam ‘festas sexuais’, sendo o objetivo a busca de aventuras, prazer e excitação, sem que haja a criação de laços (FERNANDES, 2009; HENRICH; TRAWINSKI, 2016). O relacionamento aberto é um termo mais amplo, em geral descrito na literatura como um arranjo marital em que os envolvidos concordam que ambos possam procurar separadamente por experiências sexuais fora do relacionamento (MATSICK et al., 2014; SHEFF; TESENE, 2015; HENRICH; TRAWINSKI, 2016).

Existem poucos dados na literatura sobre a correlação entre relacionamentos heterossexuais não-monogâmicos consensuais e o risco

de infecção pelo HIV, provavelmente pela natureza de discrição em que esses relacionamentos ocorrem, tornando difícil o acesso a dados confiáveis (FERNANDES, 2009; MATSICK et al., 2014). Mas estudos recentes indicam que casais envolvidos nestes tipos de relacionamento têm mais chances de contrair HIV do que aqueles em relações monogâmicas (CONLEY et al., 2012; LEHMILLER, 2015).

As pesquisas nesse campo se concentram mais em HSH, grupo que parece apresentar uma maior tendência em ter relações sexuais com parceiros concomitantes, somadas a um uso inconstante de preservativo (LEICHLITER et al., 2013; UNAIDS, 2014b). A maior ocorrência de relações sexuais com múltiplos parceiros dentre deste grupo pode estar ligado a uma vulnerabilidade psicológica e social, tendo em vista o convívio em sociedades que ainda impõe um determinismo normoafetivo (PARKER, 1997; CUNHA; GOMES, 2014). O preconceito em relação à orientação sexual, em especial a homoafetividade, parece contribuir para que estes indivíduos busquem relações com pouca ou nenhuma visibilidade social, com caráter efêmero e baseadas principalmente na busca do prazer (CUNHA; GOMES, 2014) além de dificultar o acesso a políticas de tratamento e prevenção (UNAIDS, 2016). Este, no entanto, é apenas um fragmento de uma discussão mais ampla, que deve levar em conta fatores culturais, antropológicos, biológicos, entre outros, na busca das razões pelas quais HSH tenham maior tendência em manter múltiplos parceiros sexuais, concomitantes ou não, em curtos períodos de tempo (LEICHLITER et al., 2013; CAMPOS et al., 2014).

Essa configuração de múltiplos parceiros, entretanto, pode ocorrer também de forma não consensual, clandestina, normalmente

referida como “infidelidade” ou “traição” (SHEFF; TESENE, 2015). Este é um contexto de grande vulnerabilidade, especialmente para mulheres em relacionamentos de longo prazo, tendo em vista que homens tem uma maior tendência de buscar relações sexuais fora do relacionamento (BRUM et al., 2012). Baseada no constructo social da fidelidade e no constrangimento de solicitar ao parceiro o uso de preservativos, as mulheres acabam expostas a doenças sexualmente transmissíveis, por não admitirem o risco (BRUM et al., 2012). Estes padrões comportamento parecem estar ligados a heterossexualização da epidemia de HIV/AIDS, que vem ocorrendo desde a década de 90 (SAMPAIO et al., 2011). A ideia de que ter um parceiro fixo e confiável não implica risco para saúde, e que leva ao não uso de preservativos, também tem se difundido entre casais homoafetivos na última década, aumentando o número de casos de infecção pelo HIV entre casais sorodiscordantes (CUNHA; GOMES, 2014).

Embora relacionamentos monogâmicos possam significar uma redução no risco de infecção pelo HIV, é importante lembrar que ambos os parceiros precisam fazer testes para detecção do vírus, considerando as janelas imunológicas, antes de pararem de usar preservativo e manter absoluta fidelidade depois disso (LEHMILLER, 2015).

Estudos apontam uma relação diretamente proporcional entre o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses e a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (UNAIDS, 2014b). Cabe ressaltar, no entanto, que relações sexuais com múltiplos parceiros, independente do tipo de relacionamento, não são determinantes para que haja um desfecho negativo, como a infecção pelo HIV, o que está

associado ao uso incorreto ou inconstante de proteção nesses contextos (FERNANDES, 2009).

3.2.4 Sexo, consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas

O uso de álcool e outras drogas psicoativas que estão normalmente associados à desinibição e à diminuição da ansiedade, também são fatores que estão ligados de forma intrínseca com a sexualidade e, subsecutivamente, à decisão de assumir riscos à saúde, entre eles, ter relações sexuais sem proteção (MALBERGIER; CARDOSO, 2009). O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática comum em muitas sociedades e tem sido relacionado com graves problemas de saúde, incluindo doenças hepáticas, cardíacas e mortes precoces devido a acidentes (MOURA; MALTA, 2011).

As mudanças biopsicossociais que envolvem o processo de adaptação à vida acadêmica, criam um ambiente favorável para a experimentação de substâncias psicoativas, especialmente, o álcool (MALTA et al., 2011). Pesquisas destacam que o distanciamento do vínculo familiar na busca de independência individual e a influência negativa de amigos são dois importantes pontos de vulnerabilidade que podem levar o adolescente a experimentar bebidas alcoólicas e drogas ilícitas (PILLON et al., 2005; ZEITOUNE et al., 2012).

A alta prevalência do consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes no Brasil é um dado epidemiológico de grande relevância (RAMIS, 2012), levando em conta que 48% dos jovens as experimentam antes dos 17 anos, sendo que 19% destes passam a consumi-las regularmente (LARANJEIRA et al., 2014). O Instituto

Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD) divulgou em 2013 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) apontando que 50% dos entrevistados com 18 anos ou mais tinham consumido álcool nos últimos 12 meses e 57% destes experimentaram bebidas alcoólicas antes dessa idade (LARANJEIRA et al., 2014). A alta permissividade, facilidade de acesso e falta de fiscalização são alguns fatores que contribuem para a experimentação precoce (ALVES, 2014).

Estudos também indicam que indivíduos sob o efeito de álcool tendem a ter mais parceiros sexuais, menor propensão ao uso de preservativo, menor adesão à TARV e maior chance de cometer ou ser vítima de crimes sexuais, sendo todos fatores de risco importantes para infecção por HIV e outras DST (MALBERGIER; CARDOSO, 2009; RIBEIRO; FERNANDES, 2009; CRUZEIRO et al., 2010; SHUPER et al., 2010). O consumo de álcool também está relacionado à iniciação sexual, de forma a antecipá-la (MALBERGIER; CARDOSO, 2009).

O uso de outras drogas ilícitas também expõem indivíduos a um maior risco de contaminação por HIV, não apenas por aumentar a probabilidade de prática de sexo sem preservativos e/ou com múltiplos parceiros, mas também porque algumas drogas são consumidas por via parenteral, quando pode ocorrer o compartilhamento de equipamentos de injeção contaminados (SINGER et al., 2011). Nos Estados Unidos foi observado que 64% das pessoas infectadas pelo HIV usaram algum tipo de droga ilícita e uma em cada quatro consumiam álcool e drogas em níveis que requerem tratamento (RIGG, 2014).

Estudos apontam que o Brasil é um país com um crescente número de usuários de cocaína (UNODC, 2013), sendo que de acordo

com o II LENAD, que entrevistou 4.200 pessoas, a proporção de indivíduos maiores e menores de 18 anos de idade que experimentaram cocaína pelo menos uma vez na vida é respectivamente de 3,8% e 2,3% (LARANJEIRA et al., 2014). Neste estudo a maconha foi descrita como a droga ilícita com maior prevalência de uso no Brasil, sendo que 10,1% dos entrevistados relataram ter experimentado pelo menos uma vez na vida, dos quais 4,3% eram menores de 18 anos (LARANJEIRA et al., 2014). Em um estudo conduzido no Rio Grande do Sul, com adolescentes diagnosticados positivos para infecção por HIV, detectou-se que 33,7% dos indivíduos que tiveram relações sexuais sem proteção, o fizeram sob o efeito do uso de drogas (CAMPOS et al., 2014). É relevante mencionar que em alguns desses casos, as relações sexuais ocorreram em troca da aquisição de drogas (LARANJEIRA et al., 2014).

Estima-se que 12,7 milhões de pessoas no mundo usem drogas injetáveis, sendo que 13% desta população já foram diagnosticadas como portadoras do vírus (UNAIDS, 2014b). O Boletim Aids/HIV de 2014 do Ministério da Saúde apontou que os usuários de drogas estão dentro dos grupos populacionais com maior vulnerabilidade para a infecção por HIV, com uma prevalência de 5,9% de infectados, mas sem especificar quantos destes foram infectados através do uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2014b).

3.3 PERCEPÇÃO DE RISCO E COMPORTAMENTO DE RISCO

O estudo da percepção de risco e os fatores que determinam sua relação com o comportamento das pessoas é fundamental em vários

campos de conhecimento, em especial na saúde pública (NAVARRO; CARDOSO, 2005). O termo risco pode ser definido como a probabilidade de experimentar um evento adverso e a magnitude de suas consequências (SITKIN; WEINGART, 1995). É, portanto, também uma incerteza, que pode estar ligada a uma construção psicológica baseada na falta do conhecimento completo sobre a situação (SITKIN; WEINGART, 1995; SJÖBERG et al., 2004).

A percepção de risco é uma avaliação subjetiva sobre a probabilidade de um evento que traga consequências negativas, pois além de ser afetada pelo nível de conhecimento também sofre influência da disposição dos indivíduos em assumir riscos deliberadamente (SJÖBERG et al., 2004). Embora a análise lógica seja importante quando se toma uma decisão que envolve riscos, o acesso aos fatores emocionais, como afetividade e busca de prazer, parece ser uma maneira menos complexa para alguns indivíduos fazerem os julgamentos que terão implicações em seus comportamentos (SLOVIC; PETERS, 2006).

O processo cognitivo, que elabora a percepção de risco e a autopercepção são elementos que são processados simultaneamente e afetarão a forma como um indivíduo se comporta mediante uma situação, observando nela a perspectiva de risco (NAVARRO; CARDOSO, 2005). A decisão tomada nesse processo, entretanto, não é afetada apenas por características individuais, mas também por constructos sociais e culturais e os valores que eles representam, bem como a história e o contexto ambiental em que os indivíduos estão inseridos (SJÖBERG et al., 2004; NAVARRO; CARDOSO, 2005).

A autoestima, que pode ser considerada como o valor que o indivíduo percebe em si mesmo, tem influência na forma como assume

riscos, portanto um fator importante a ser considerado (NETO et al., 2012). Em países desenvolvidos a autoestima é usada como um indicador de saúde mental, sendo que a baixa autoestima está frequentemente associada de forma significativa a condutas autodepreciativas como o abuso de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais de risco (ANTUNES et al., 2006; NETO et al., 2012).

Atualmente existem duas teorias predominantes sobre a percepção de risco: o "paradigma psicométrico" e a "teoria cultural" (WEBER; MILLIMAN, 1997; SJÖBERG et al., 2004). A primeira, baseada em estudos da psicologia, fundamenta-se na mensuração de fatores psicológicos e sociais que influenciarão na tomada de decisão, levando em consideração os riscos do desfecho de um evento, como a exposição situações de risco para a saúde (SJÖBERG et al., 2004; CAMILO; LIMA, 2010). A segunda, estudada pela sociologia, baseia-se no constructo que a percepção de risco é basicamente influenciada por fatores sociais e culturais, sendo possível prever que tipo de indivíduo está mais propenso a fazer uma avaliação de riscos envolvidos em uma situação (OLTEDAL et al., 2004).

Em se tratando de riscos à saúde, existe a necessidade de se criar um modelo que associe a representação cognitiva dos riscos ao comportamento (CAMILO; LIMA, 2010). O modelo de crenças da saúde, por exemplo, associa a percepção individual dos riscos com os valores ligados à saúde, de modo que, a ideia de fazer sexo seguro ou praticar exercícios físicos, por exemplo, são comportamentos preventivos que têm custos menores do que os benefícios (SLOVIC; PETERS, 2006; CAMILO; LIMA, 2010). Um estudo baseado no

paradigma psicométrico, no entanto, encontrou relação inversa entre a percepção de risco e de benefício de uma ação, sendo que indivíduos tendem a avaliar uma situação como tendo riscos tão menores quanto maiores forem os benefícios percebidos (ALKHAMI; SLOVIC, 1994). Por outro lado, o otimismo como uma ideia injustificada de imunidade aos resultados de um evento ou uma ação parece afetar a decisão de alguns indivíduos, independente de gênero, classe social ou nível escolar, criando vieses sistemáticos na forma como as pessoas analisam as situações (SJÖBERG et al., 2004; CAMILO; LIMA, 2010). Assim, o poder preditivo dos modelos supracitados em relação ao distanciamento entre a percepção e os comportamentos de risco ainda é deficiente, sendo necessários novos modelos que permitam analisar o comportamento de risco de forma mais eficazes, favorecendo a elaboração de estratégias de promoção da saúde (CAMILO; LIMA, 2010).

Estudos apontam que o conhecimento sobre os riscos à saúde não parece ser suficiente para sempre evitar comportamentos de risco (BREWER et al., 2004; ALVAREZ, 2005; CAMILO; LIMA, 2010). Por exemplo, muitos fumantes sabem dos riscos que o hábito de fumar traz à saúde, porém não interrompem o consumo (BREWER et al., 2004; RENNERT et al., 2008). Assim, possuir informação sobre o problema/risco constitui um dos elementos ligados à vulnerabilidade individual, que também sofrerá influência dos comportamentos adotados ou interesse em transformar atitudes e ações, além de fatores sociais que poderão determinar o acesso a recursos que propiciem comportamentos de proteção (AYRES et al., 1999; FERREIRA, 2008).

Levando em consideração a epidemia de HIV/Aids, cuja principal via de transmissão é através de relações sexuais, existe uma quantidade suficiente de informação para reduzir drasticamente o número de infecções, considerando que a mudança de comportamento das pessoas para a prática de sexo seguro seria suficiente para evitar o contágio (ALVAREZ, 2005; DA SILVA et al., 2014). A compreensão desse fato e a construção de conhecimentos acerca da doença fez com que o conceito de “grupo de risco” fosse substituído por “comportamento de risco”, que foca na vulnerabilidade individual, cuja subjetividade e integralidade devem ser compreendidas para uma abordagem mais eficaz na redução de desfechos negativos (MATOS et al., 2009; DA SILVA et al., 2014).

Estudos tem buscado a compreensão de comportamentos de risco, em especial aqueles associados à infecção por HIV/Aids via relação sexual, apontando ser relevante compreender as percepções individuais acerca dos comportamentos protetores, da vulnerabilidade pessoal, da gravidade da doença e suas influências nas representações acerca do uso do preservativo (ALVAREZ, 2005; DA SILVA et al., 2014). Além disso, é importante a procura constante de novas variáveis, inclusive aquelas menos lógicas como fatores culturais, familiares, individuais e emoções, ou seja, que não se detenham apenas em enquadramentos conceituais, especialmente quando se trata de adolescentes (ALVAREZ, 2005; MATOS et al., 2009).

Em um estudo realizado no Brasil comparando o nível de conhecimento em relação às formas de contágio pelo HIV demonstrou aumento de 69,2% para 90,2% de pessoas que se mostraram bem informadas em relação ao uso de preservativo, entre os anos de 1998 e

2005 (FERREIRA, 2008). Outros dados observados foram que o número de indivíduos com alguma informação e percepção de risco em relação ao HIV/Aids diminuiu de 26,6% para 18,8% no mesmo período e houve um aumento de 23,3% para 27,8% de pessoas sem informação ou percepção para o mesmo problema sendo que entre os jovens de 16 a 24 anos não foi observado aumento significativo no conhecimento global sobre HIV/AIDS (FERREIRA, 2008).

Assim, nota-se a importância de entender a relação entre o conhecimento, a percepção e os comportamentos frente ao risco de infecção pelo HIV, para a identificação de vulnerabilidades da população em relação à disseminação do HIV/Aids (MATOS et al., 2009). As características individuais, como aquelas relacionadas à sexualidade e a identidade de gênero ou características psicossociais, devem ser levadas em conta tanto quanto os contextos sociais, econômicos e demográficos, que fazem com que a epidemia tenha expressões diferentes nas variadas populações (ALVAREZ, 2005).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional transversal prospectivo, com abordagem quantitativa não probabilística. Esse tipo de estudo permite analisar a associação entre desfechos dentro de uma população e possíveis fatores que podem estar relacionados a eles (ARAGÃO, 2013).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo foi uma universidade comunitária do Planalto Catarinense. Segundo Decreto nº 5.773/06 do Ministério da Educação (BRASIL, 2006), as universidades são caracterizadas pela:

[...]indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão. São instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por:

I - produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural quanto regional e nacional;

II - um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado; e

III - um terço do corpo docente em regime de tempo integral.

A Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) é instituição comunitária de ensino superior, localizada na cidade de Lages, Santa Catarina. Sua história iniciou-se em 1959 com a criação da Associação Catarinense de Cultura – ACC, tornando-se reconhecida como Universidade em 1999. Dispõe de 30 cursos de graduação, além de cursos de pós-graduação *latu-sensu e stricto-sensu*.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.3.1 População de Pesquisa

Foram considerados para o estudo alunos de graduação e pós-graduação da universidade supracitada, escolhida como local de pesquisa. Para determinar a população de pesquisa foi solicitado à Universidade os registros oficiais da quantidade de alunos matriculados no primeiro semestre de 2016, que perfaziam um total de 3.499.

4.3.2 Amostra do Estudo

Para determinar o valor da amostra da pesquisa foi considerado o número de alunos regularmente matriculado sem a especificação de faixa etária. Assim, foi realizado o cálculo utilizando a ferramenta computacional SestatNet (NASSAR et al., 2016), com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, chegando ao total de 349 alunos.

4.3.3 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram considerados: ser aluno de graduação ou pós-graduação devidamente matriculado na universidade escolhida como local de pesquisa; ter acima de 18 anos de idade; aceitar participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e ter acesso a ferramentas como computador, *tablet* ou *smartphone* e conexão a internet, bem como conhecimentos para utilizá-los para responder um questionário online.

4.3.4 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão do estudo foram: Não aceitar participar da pesquisa ou não aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A); Não estar enquadrado na faixa etária pré-estabelecida e não ter acesso a ferramentas como computador, *tablet* ou *smartphone* e conexão a internet, bem como conhecimentos para utilizá-los para responder um questionário online.

4.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário autoaplicável online (Apêndice B). Os alunos foram convidados a participar através de emails contendo o link para o mesmo, que foram enviados pelos departamentos de cada curso da universidade participante. Entre as vantagens desse tipo de pesquisa estão a economia de tempo e de recursos na coleta e organização de dados, além do fato

de poder ser respondido de acordo com a conveniência de tempo do respondente e fornecer maior privacidade, o que pode tornar a coleta de dados mais confiável. Entre as desvantagens, é importante ressaltar o risco da baixa taxa de respostas e a possibilidade do email ser tratado como um *spam* pelo provedor de emails, passando assim despercebido por um participante em potencial (VIEIRA et al., 2010).

As estratégias para a adesão à pesquisa incluíram a sensibilização e divulgação do estudo por meio de visitas às salas de aula para apresentar o projeto, salientar a importância da participação dos alunos e responder a eventuais dúvidas.

O questionário foi dividido em quatro partes. A primeira parte, com 14 questões, foca em dados sociais, econômicos, ambientais e culturais da amostra selecionada, buscando entender o contexto em que esses indivíduos vivem.

A segunda, **“Conhecimentos Sobre Riscos de Infecção Por HIV Via Sexual”**, com 24 questões, é baseada em um instrumento para avaliar o conhecimento sobre HIV/Aids de Carey e Schroder (2002), com autorização do autor principal através de contato por email (Anexo 1). O questionário original (Anexo 2) contém 45 questões independentes, sem um *score* geral, das quais 21 foram selecionadas, cujos assuntos tratados estão relacionados a infecção através de relações sexuais, que continua sendo a principal via de transmissão do HIV (UNAIDS, 2014). As questões elencadas tratam de conceitos gerais de HIV/Aids, situações hipotéticas para o respondente avaliar se há riscos de infecção pelo HIV, bem como questões pertinentes a fatores que possam causar uma falsa sensação de autoimunidade diante de tais riscos. As seguintes questões do questionário original não foram

utilizadas: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14,15, 18, 20, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 35, 40, 41, 43, 44, 45. Os critérios de exclusão foram tratar de outras formas de transmissão que não por via sexual, utilização de produtos não populares, como preservativos de pele natural ou preservativos femininos, ou que foram substituídos gradativamente ao longo do tempo, desde que o questionário original foi formulado, por opções mais modernas, como o uso de lubrificantes a base de água ao invés de vaselina, além da repetição de assuntos nas questões, com vista de tornar o questionário mais conciso e amigável. Além disso, foram incluídas três novas questões que tratam de formas de tratamento e profilaxia recomendados pela OMS, a TARV e o PEP, e, mais recentemente, o PrEP. Destaca-se que foi obtida a permissão do autor principal para que houvessem as modificações e a tradução livre do questionário original.

Finalmente, a terceira e quarta partes, com 38 e 5 questões, respectivamente, investigam sobre possíveis comportamentos de risco dos indivíduos em relação à infecção pelo HIV e a percepção dos entrevistados sobre tais riscos, levando em consideração dados encontrados na literatura e questionários internacionais (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006; BALOGUN; ABIONA, 2010; BRASIL, 2013b; GIRÓN, 2013; UNITED STATES DEPARTMENT OF et al., 2013; OUNJIT, 2014; UNAIDS, 2014b)

Uma extensa busca por questionários padronizados e validados foi realizada para responder a pergunta do projeto, no entanto eles não contemplavam em partes as questões mais atuais e as diferenças sociais, culturais e ambientais do Brasil, o que levou a elaboração de um instrumento próprio com características regionais. Além disso, a maior

preocupação desta pesquisa, que trata de assuntos que tem grande probabilidade de trazer desconforto ao entrevistado, ou ainda, obter respostas que sejam mais socialmente aceitáveis do que verossímeis, é a confiabilidade do relato para que se possa fazer um diagnóstico com validade científica (MALBERGIER, 2002). A desvantagem desse modelo é que se perde a possibilidade de comparação com alguns resultados internacionais (PECHANSKY, 2002), mas que não é o objetivo principal da pesquisa.

Estimou-se que seriam necessários 10 minutos para responder ao questionário.

4.4.1 Descrição das variáveis

Os dados sociais, econômicos, ambientais e culturais abordados na primeira parte do questionário incluem idade, sexo biológico (sexo com o qual o pesquisado foi registrado ao nascer), renda familiar, religião, acesso aos meios de comunicação e informação, características de moradia e relações familiares e sociais, no que se refere a fontes de informação sobre questões de sexualidade.

A análise da renda familiar mensal é baseada nos critérios da Fundação Getúlio Vargas (FGV) que estratifica as classes sociais da seguinte forma: classe A, mais de 15 salários mínimos, classe B de 05 a 15 salários mínimos, classe C, de 03 a 05 salários mínimos, classe D, de 01 a 03 salários mínimos e classe E, até um salário mínimo (NERI, 2012). O valor de salário mínimo considerado para calcular as faixas de valores nas opções do questionário é o valor oficial atual fornecida pelo

Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, que é de R\$ 880,00 (setecentos e oitenta e oito reais) (BRASIL, 2015).

A pergunta sobre a religião ou culto a qual o entrevistado segue considera as alternativas de resposta encontradas no relatório do censo do IBGE (BRASIL, 2010).

A avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS foi baseada no número de acertos das 27 questões da segunda parte do questionário, representadas por afirmações sobre o assunto, em que o participante tem três opções de resposta: “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Para cada resposta correta foi atribuído valor 1 (um). Para as incorretas ou assinaladas com a opção “não sei”, valor 0 (zero), pois ambos os casos são classificados como desconhecimento sobre HIV/Aids (BALOGUN; ABIONA, 2010). O gabarito com as respostas corretas podem ser visualizado no Apêndice C.

As questões que investigam prováveis comportamentos de risco foram baseadas em dados abordados na revisão de literatura do projeto. É importante ressaltar o conceito de ‘comportamento de risco’ a ser avaliado no projeto. O principal fator de risco para a transmissão do HIV, estatisticamente, é sexo sem proteção, que é definido como “Sexo entre um parceiro susceptível com outro infectado pelo HIV, sem o uso de um método de prevenção” (SLAYMAKER et al., 2004). O uso de preservativo é a forma mais conhecida de prevenção para população em geral. No entanto o diagnóstico precoce, o tratamento com TARV e o PrEP e PEP são considerados hoje de grande importância no combate a epidemia de HIV/Aids (UNAIDS, 2016).

4.5 ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram coletados e inseridos em banco de dados na forma de arquivo do programa Excel® da Microsoft® e exportados para ferramenta computacional on-line SEstatNet® /UFSC (NASSAR et al., 2016).

Foram executadas estatísticas descritivas (médias, desvio padrão, amplitudes máxima e mínima) para as variáveis quantitativas contínuas e discretas, e análise inferencial em busca de relações entre as variáveis pesquisadas. Adotou-se o valor de 5% como nível de significância na realização dos testes estatísticos inferenciais. Convém destacar que o nível de significância consiste na “probabilidade máxima de erro adotada em uma pesquisa” (NASSAR et al., 2016, p.1). Para análise inferencial das variáveis pesquisadas, os dados foram exportados para ferramenta computacional on-line SEstatNet® (NASSAR et al., 2016), sendo realizados testes Qui-quadrado, U de Mann-Whitney e ANOVA de Kruskal-Wallis, de acordo com a conformidade.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS, BENEFÍCIOS e CRITÉRIOS PARA ENCERRAR A PESQUISA

Os avanços tecnológicos e científicos provocam constantes mudanças na relação entre ética e ciência, à medida que os limites da experiência humana também são alterados (BADARÓ et al., 2015). Considerando o conceito de Bioética como a ética aplicada aos atos humanos e suas possíveis consequências irreversíveis sobre seres vivos (KOTTOW et al., 2003), é importante que princípios básicos sejam

garantidos em pesquisas com seres humanos: autonomia, beneficência e justiça (BADARÓ et al., 2015).

Considerando esses princípios, o respeito pela dignidade humana e a proteção dos participantes, cumpre-se a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos participantes da pesquisa ciência sobre os riscos a que serão expostos, da possibilidade de assistência e benefícios à ampliação do conhecimento. Ainda visando o cumprimento da bioética, o projeto foi encaminhado ao CEP - Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, para avaliação, sendo que a pesquisa apenas iniciou-se, mediante aprovação do mesmo, através do parecer 1.426.606, de 26 de fevereiro de 2016, disponível para consulta pública via Plataforma Brasil sob número CAAE: 53435416.8.0000.5368..

4.6.1 Dos riscos

Os estudos relacionados com o HIV/Aids têm peculiaridades a serem consideradas, pois, em geral, tratam de aspectos privados dos indivíduos e podem estar relacionados com comportamentos pouco aceitos socialmente e/ou populações que já sofreram alguma forma de discriminação (CALVETTI et al., 2005).

A pesquisa não ofereceu riscos à integridade física dos participantes, mas podia suscitar sensibilidade emocional e questionamentos por parte do aluno, que poderiam exigir esclarecimentos. Para suprir essa demanda o Centro de Aconselhamento e Testagem para HIV/AIDS do município de Lages se colocou à disposição, a pedido dos pesquisadores, conforme declaração de apoio

(Anexo 2). Esta parceria visou atender participantes que necessitem de um cuidado profissional, de exames de testagem para HIV e de assistência de referência. Ainda, com o intuito de elucidar dúvidas e evitar desinformações, ao fim do questionário os participantes foram encaminhados a um folder on-line com informações relevantes tratadas no questionário sobre conhecimentos sobre do HIV/Aids.

4.6.2 Dos Benefícios

Fazendo contraponto ao possível desconforto que pesquisas abordando tais assuntos possam causar, é necessário ressaltar a beneficência de ampliar os conhecimentos nessa área, tendo em vista a vulnerabilidade apontada pelo relatório da UNAIDS de 2014, em especial entre indivíduos na faixa etária de 18 a 24 anos, parte da subpopulação que apresentou aumento do número de novos casos de infecção por HIV (UNAIDS, 2014b). O entendimento desse fenômeno através de pesquisa adaptada às necessidades regionais pode contribuir para elaboração de ferramentas que visem à promoção e proteção da saúde, em consonância com os esforços mundiais para erradicar a epidemia de Aids até o ano de 2030 (UNAIDS, 2014a). Respeitou-se, ainda, o princípio da justiça, que propõe que a população estudada deve ser exposta a riscos desproporcionais e que, especialmente, poderá ter acesso aos benefícios da pesquisa (CALVETTI et al., 2005).

O instrumento de pesquisa escolhido foi um questionário online, que não envolveu a identificação dos pesquisados, garantindo dessa forma a privacidade dos mesmos. Participaram da pesquisa os alunos que concordaram com o “Termo De Consentimento Livre e

Esclarecido” (Apêndice A), apresentado antes do questionário, respeitando o princípio da autonomia. No termo ficaram claros os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como o compromisso de sigilo e respeito à privacidade dos participantes. Ainda assim, uma vez iniciado o questionário, o participante teve a oportunidade de desistir de finalizá-lo ou enviar qualquer dado apenas fechando o navegador em seu computador, *tablet* ou *smartphone*.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados no formato de manuscritos, seguindo regulamentação do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Uniplac.

5.1 CONHECIMENTOS DE UNIVERSITÁRIOS SOBRE HIV/AIDS

RESUMO:

Objetivo: Investigar o conhecimento de universitários sobre o HIV/Aids. **Métodos:** Trata-se de estudo quantitativo prospectivo realizado com 367 estudantes de graduação e pós-graduação de uma universidade catarinense, no período de maio a setembro de 2016. O instrumento de pesquisa foi um questionário *online* autoaplicável abordando dados do perfil sociodemográfico e questões relacionadas a conhecimentos sobre HIV/AIDS. **Resultados:** Embora a importância do uso de preservativo em relações sexuais para prevenir a infecção pelo HIV/Aids tenha sido reconhecida por 99,73% dos(as) entrevistados(as), foram detectadas importantes lacunas de conhecimento acerca do tema. Dentre as questões com altos índices de erro, verificou-se que 237 (64,58%) e dos entrevistados acreditam que mulheres sempre são testadas para infecção pelo HIV em exames preventivos de colo de útero e 148 (40,32%) que fazer o teste para HIV após uma semana de uma relação sexual sem proteção irá dizer se a pessoa contraiu HIV naquela relação. As porcentagens de participantes que desconhecem intervenções biomédicas para prevenção da infecção pelo HIV como as Profilaxias Pré-exposição e Pós-exposição foram respectivamente de 44,96% e 76,29%. **Conclusão:** Apesar do elevado grau de escolaridade, considerando que todos os indivíduos cursam algum nível do ensino superior, observaram-se lacunas nos conhecimentos sobre o HIV/Aids, sugerindo a necessidade de intervenções que forneçam informação para a promoção da saúde e prevenção da exposição à esta doença.

Palavras-chave: HIV, Conhecimentos, Risco

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) foi isolado pela primeira vez em 1983 (MONTAGNIER, 2002) e reconhecido pelos órgãos de saúde durante a década seguinte como “uma doença que mata”, sendo o diagnóstico positivo uma sentença de morte pré-anunciada (NETO, 1991; NUNES, 2010). O pânico gerado por tal abordagem conseguiu, de certa forma, sensibilizar as pessoas para os riscos de contrair o HIV (SILVA, 2013). Nos anos 90, com o advento dos tratamentos antirretrovirais e maiores informações sobre os modos de infecção, a aids passou a ser retratada como uma doença com a qual se poderia conviver (GREENE, 2007; SILVA, 2013). No entanto, causaram um efeito colateral: a falsa impressão de que os problemas com o HIV/Aids teriam terminado o que, possivelmente, afetou a percepção de risco para a contaminação pelo HIV entre a população (GREENE, 2007).

Apesar de esforços mundiais, a epidemia de HIV/Aids continua sendo um problema de saúde de impacto global (DE COCKA et al., 2012; UNAIDS, 2014). A América Latina apresentou queda de 3% no número de novas infecções por HIV entre o período de 2010-2015, sendo que o Brasil, que representa 41,5% dos casos de pessoas infectadas pelo HIV dessa região, apresentou tendência contrária com aumento de 4% (UNAIDS, 2016), considerando que 13,9% dos novos casos são detectados em jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2016).

Esses dados epidemiológicos poderiam ser reconhecidos como elementos centrais para nortear o entendimento das pessoas com relação

aos comportamentos de risco e suas consequências (GARCIA-RETAMERO; COKELY, 2013). No entanto, despertar a percepção de risco das pessoas não é tarefa fácil e estudos apontam que essa conscientização não é influenciada de forma eficaz apenas por dados estatísticos unidimensionais, mas deveria ser construída através de um caminho de duas vias, levando em consideração aspectos sociológicos, históricos, econômicos e culturais, onde ambos os lados, ‘*experts*’ e público, contribuem para a construção do conhecimento (SLOVIC, 1987; CONNOLLY et al., 2014).

Dessa forma, conhecer os aspectos envolvidos neste processo pode ter um impacto positivo na tomada de decisões que resultem em comportamentos preventivos para a infecção (GARCIA-RETAMERO; COKELY, 2013). Muitas campanhas e estratégias têm sido adotadas ao longo dos anos, tentando alertar as pessoas sobre os riscos de contaminação e as formas de prevenção (UNAIDS, 2014).

Os meios de comunicação atuais, em especial a internet, proporcionam fóruns abrangentes, onde as informações de saúde pública podem ser divulgadas e discutidas de forma interativa (CASE et al., 2012). Tendo em vista o aumento de novos casos de infecção pelo HIV no Brasil, faz-se necessário identificar lacunas no conhecimento que podem levar a tal desfecho.

Assim, ao longo dos anos tornaram-se cada vez mais importante que sejam realizados investimentos efetivos de recursos financeiros, de saúde e educacionais no controle das infecções por HIV, com estratégias baseadas em informações atualizadas (CASE et al., 2012). Neste contexto, o objetivo deste estudo é investigar o conhecimento de universitários sobre o HIV/Aids.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional transversal prospectivo, com abordagem quantitativa não probabilística. O estudo foi realizado em uma instituição de ensino superior de Santa Catarina e incluiu alunos de graduação e pós-graduação.

A amostra foi de 349 alunos, calculada levando em consideração o número total de alunos regularmente matriculados na instituição no início do primeiro semestre de 2016 e realizado utilizando o ferramenta computacional SestatNet (NASSAR et al., 2016) com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário autoaplicável *online*, com 24 questões, baseado em um instrumento para avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS de Carey e Schroder (2002). O questionário original contém 45 questões independentes, sem um *score* geral, das quais 21 foram selecionadas, cujos assuntos tratados estão relacionados a infecção através de relações sexuais, que continua sendo a principal via de transmissão do HIV (UNAIDS, 2014). As questões elencadas tratam de conceitos gerais de HIV/Aids, situações hipotéticas para o respondente avaliar se há riscos de infecção pelo HIV, bem como questões pertinentes a fatores que possam causar uma falsa sensação de autoimunidade diante de tais riscos. Os critérios para exclusão de questões foram tratar de outras formas de transmissão que não por via sexual, utilização de produtos não populares, como preservativos de pele natural ou preservativos femininos, ou que foram substituídos gradativamente ao longo do tempo, desde que o questionário original foi formulado, por opções mais modernas, como o uso de lubrificantes a

base de água ao invés de vaselina, além de repetição de assuntos nas questões, com vista de tornar o questionário mais conciso e amigável. Além disso, foram incluídas três novas questões que tratam de formas de tratamento e/ou profilaxia recomendados pela OMS, a terapia antirretroviral (TARV) e a Profilaxia Pós-exposição (PEP), e, mais recentemente, a profilaxia pré-exposição (PrEP). Destaca-se que foi obtida a permissão do autor principal para que houvessem as modificações e a tradução livre do questionário original.

A avaliação do conhecimento sobre HIV/Aids baseou-se no índice de acertos das 24 questões do questionário, representadas por afirmações sobre o assunto, em que o participante teve três opções de resposta: “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Para cada resposta correta foi atribuído valor 1 (um). Para as incorretas ou assinaladas com a opção “não sei”, valor 0 (zero), pois ambos os casos são classificados como desconhecimento sobre HIV/Aids (CAREY; SCHRODER, 2002).

Considerando os princípios éticos em pesquisa, o respeito pela dignidade humana e a proteção dos participantes, cumpriu-se a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos participantes da pesquisa ciência sobre os riscos a que foram expostos, da possibilidade de assistência e benefícios à ampliação do conhecimento. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, através do parecer 1.426.606, de 26 de fevereiro de 2016, disponível para consulta pública via Plataforma Brasil sob-número CAAE: 53435416.8.0000.5368.

Os dados coletados durante a realização da pesquisa foram automaticamente inseridos em um banco de dados do programa Excel® da Microsoft®, o qual foi usado como ferramenta para execução das

estatísticas descritivas (médias, desvio padrão, amplitudes máxima e mínima) para as variáveis quantitativas contínuas e discretas. Para análise inferencial em busca de relações das variáveis pesquisadas foi adotado um valor de 5% como nível de significância e os dados foram exportados para ferramenta computacional on-line SEstatNet® (NASSAR et al., 2016), e analisados através dos testes Qui-quadrado, U de Mann-Whitney ou ANOVA de Kruskal-Wallis, de acordo a conformidade.

RESULTADOS

A idade média dos 367 entrevistados foi de 24,11 ($\pm 7,80$) anos, com idade mínima de 18 e máxima de 60 anos, sendo 272 (74,11%) do sexo feminino e 95 (25,89%) do sexo masculino. Os demais dados socioeconômicos e dos perfis acadêmicos coletados estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de estudantes universitários de graduação e pós- graduação (n=367). Planalto de Santa Catarina, Brasil, 2017.

Variáveis	n (%)
Área do curso de graduação ou pós-graduação (n=367)	
Ciências Humanas	155 (42,23)
Ciências Biológicas	136 (37,06)
Ciências Exatas	76 (20,71)
Fase do curso (n=367)	
1ª fase -5ª fase	196 (53,40)

6ª fase - 11ª fase	148 (40,33)
Pós-Graduação	23 (06,27)

Renda Familiar (n=367)	n (%)	Média de dependentes
Até 1 salário mínimo	07 (01,91)	2,5
Acima de 1 até 3 salários mínimos	91 (24,80)	2,5
Acima de 3 até 5 salários mínimos	122 (33,24)	3,1
Acima de 5 até 15 salários mínimos	126 (34,33)	3,5
Acima 15 salários mínimos	21 (05,72)	3,5

Recursos tecnológicos e acesso a internet	n (%)
Acesso à internet (n=367)	353 (96,18)
Computador (n=367)	330 (89,91)
Smartphone (n=367)	327 (89,10)
Tablet (n=367)	107 (29,15)

Com quem costuma falar sobre sexualidade ou assuntos relacionados

Amigos (n=367)	282 (76,84)
Parceiros (n=367)	229 (62,40)
Pais (n=367)	99 (26,97)
Profissionais de saúde (n=367)	86 (23,43)
Professores (n=367)	34 (09,26)
Não falo com ninguém sobre esse assunto (n=367)	23 (06,27)
Chats na internet (n=367)	13 (03,54)

Fonte: Dados primários.

Quanto ao conhecimento acerca do HIV/Aids, observamos que o percentual médio de acertos foi de 76,58%. Em nove questões observamos porcentagem de acertos abaixo dos 75% e, três destas, abaixo de 50%.

Destaca-se ainda que 137 (37,33%) afirmaram que não se pode contrair HIV através da secreção vaginal e 148 (40,33%) que o teste para detecção de HIV após uma semana da relação sexual sem preservativo vai revelar se a pessoa contraiu o vírus naquela relação. Outro fato que merece destaque é que 130 (35,42%) dos entrevistados acredita que as mulheres são sempre testadas para HIV ao realizarem exames preventivos de colo de útero.

Outros erros frequentes foram que 227 (61,85%) dos entrevistados não acreditam que pessoas positivas para o HIV que estão em tratamento com TARV tem menos chances de transmitir o vírus, assim como o baixo reconhecimento de outras formas de prevenção, com 202 (55,04%) reportando que conhecem existência da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e apenas 87 (23,71%) conhecem a possibilidade de realização da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Além disto, 117 (31,88%) informaram que aids e HIV são a mesma coisa, 122 (33,24%) responderam que quando uma pessoa é diagnosticada positiva para o HIV, o local de exame entrará em contato com todos os parceiros desta.

A média geral de acertos, assim como o percentual de algumas perguntas específicas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. Na tabela 02 encontram-se descritos o número de acertos segundo o sexo, com os valores *p* respectivos, sendo destacadas as diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 02: Número de acertos nas questões sobre HIV/Aids, segundo sexo. Planalto de Santa Catarina, Brasil, 2017.

Questões acerca dos conhecimentos sobre HIV/Aids	Feminino N=272 n(%)	Masculino N=95 n(%)	P
Aids e HIV significam a mesma coisa (resposta correta: falso)	183 (67,28)	67 (70,53)	0,55879 ^a
Existe cura para aids (resposta correta: falso)	253 (93,01)	87 (91,57)	0,64446 ^a
Uma pessoa pode contrair o HIV através de contato com saliva, lágrimas, suor ou urina. (resposta correta: falso)	272 (100,00)	95 (100,0)	-
Retirar o pênis antes que o homem ejacule evita que a mulher contraia HIV durante uma relação sexual (resposta correta: falso)	248 (91,18)	73 (76,84)	0,00028 ^a
Uma pessoa pode contrair HIV se ela fizer sexo anal com um com outra pessoa infectada pelo HIV (resposta correta: verdadeiro)	235 (86,40)	81 (85,26)	0,78326 ^a
Lavar os órgãos genitais após uma relação sexual evita que a pessoa contraia HIV. (resposta correta: falso)	242 (88,97)	72 (75,79)	0,00165 ^a
Usar preservativo pode reduzir as chances de alguém contrair HIV. (resposta correta: verdadeiro)	272 (100,00)	94 (98,95)	0,09019 ^a
Uma pessoa com HIV pode ter aparência saudável e se sentir saudável. (resposta correta: verdadeiro)	256 (94,12)	81 (85,26)	0,00669 ^a
Uma pessoa pode estar infectada com HIV por 5 anos ou mais sem desenvolver aids. (resposta correta: verdadeiro)	223 (81,99)	71 (74,74)	0,12759 ^a
Alguns medicamentos foram desenvolvidos para o tratamento da aids. (resposta correta: verdadeiro)	259 (95,22)	79 (83,16)	0,00017 ^a

Mulheres são sempre testadas para infecção por HIV durante o exame preventivo de colo de útero. (resposta correta: falso)	114 (41,91)	16 (16,84)	0,00001 ^a
Uma pessoa <u>não</u> pode contrair HIV fazendo sexo oral (boca- pênis) em um homem infectado por HIV. (resposta correta: falso)	199 (73,16)	62 (65,26)	0,14364 ^a
Uma pessoa pode contrair HIV mesmo tendo apenas uma relação sexual. (resposta correta: verdadeiro)	261 (95,16)	82 (86,32)	0,0010 ^a
Ter relações sexuais com mais de um(a) parceiro(a) pode aumentar as chances de contrair HIV. (resposta correta: verdadeiro)	252 (92,65)	92 (96, 84)	0,14640 ^a
Uma pessoa não vai contrair HIV se estiver tomando antibiótico. (resposta correta: falso)	255 (93,75)	82 (86,32)	0,02270 ^a
Fazer o teste para HIV após uma semana de uma relação sexual sem proteção irá dizer se a pessoa contraiu HIV naquela relação. (resposta correta: falso)	160 (58,82)	59 (62,11)	0,57450 ^a
Uma pessoa pode contrair HIV através da secreção vaginal de uma mulher. (resposta correta: verdadeiro)	168 (61,76)	62 (65,26)	0,54390*
Uma pessoa pode contrair HIV fazendo sexo oral (boca-vagina) em uma mulher. (resposta correta: verdadeiro)	206 (75,73)	63 (66,32)	0,07400 ^a
Se uma pessoa for diagnosticada positiva para HIV, então o local de exame terá que contar a todos(as) parceiros(as) dessa pessoa (resposta correta: falso)	188 (69,12)	57 (60,00)	0,10436 ^a
Mulheres não podem contrair HIV se tiverem relações sexuais durante seu período menstrual. (resposta correta: falso)	248 (91,18)	85 (89,47)	0,62214 ^a

Uma mulher pode contrair HIV se fizer sexo vaginal com um homem que tem HIV. (resposta correta: verdadeiro)	260 (95,59)	92 (96,84)	0,59511 ^a
O tratamento com o coquetel anti-HIV em pessoas infectadas pelo HIV reduz a chance dessas pessoas transmitirem o vírus para um(a) parceiro(a) sexual. (resposta correta: verdadeiro)	99 (36, 40)	41 (43,16)	0,24285 ^a
É uma forma de prevenção da infecção pelo HIV a utilização dos medicamentos que fazem parte do coquetel utilizado no tratamento da aids, em pessoas que possam ter entrado em contato com o HIV dentro de um prazo de 72 horas. (resposta correta: verdadeiro)	155 (56,99)	47 (49,47)	0,20513 ^a
Indivíduos que tenham comportamentos de risco mais frequentes podem se prevenir de contrair HIV tomando medicamentos antirretrovirais, que também são usados para o tratamento de indivíduos já infectados. (resposta correta: verdadeiro)	58 (21,32)	29 (30,53)	0,06940 ^a
Media do escore geral de acertos	18,68 (+/- 2,95)	17,43 (+/- 3,41)	0,00723^b

Legenda: ^a Teste qui-quadrado, ^b Teste U de Mann-Whitney

Fonte: dados primários obtidos com a aplicação traduzida e adaptada do instrumento de Corey & Schroder

Houve uma tendência de aumento no número médio de acertos em períodos mais avançados da progressão acadêmica, com diferença estatisticamente significativa, mas não entre as diferentes áreas de curso de graduação e pós-graduação. A tabela 03 apresenta as médias de acertos de acordo com o perfil acadêmico.

Tabela 3: Média de acertos nas questões sobre HIV/Aids, segundo perfis acadêmicos. Planalto de Santa Catarina, Brasil, 2017.

Variáveis	Média (DP*)	P
Área do curso de graduação ou pós-graduação		
Ciências Humanas	20,77 (±2,60)	
Ciências Biológicas	20,05 (±3,49)	
Ciências Exatas	19,63 (±3,65)	0.1099000 **
Fase do curso		
Fases iniciais da graduação (1ª fase- 5ª fase)	19,75 (±3,58)	
Fases finais da graduação (6ª fase 11ª fase)	20,46 (±3,04)	
Pós-Graduação	21,48 (±1,56)	0.0107886 **

Legenda: *Desvio Padrão;

** Teste ANOVA de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados primários.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos revelam que maioria da população estudada tem renda familiar acima de três salários mínimos e com amplo acesso a meios de busca de informações. Neste último item, o número de pessoas que possuem smartphones e acesso à internet é superior à média nacional, relatada na última Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (Pnad) (BRASIL, 2014). Houve uma diferença significativa

entre o número de respondentes do sexo masculino e feminino, sendo que este último representa 272 (74,11%) da amostra. Um número maior de respondentes do sexo feminino parece ser um padrão, em maior ou menor grau, neste tipo de pesquisa (COELHO et al., 2013; DA SILVA et al., 2014; DE OLIVEIRA et al., 2014).

Quando questionados sobre pessoas com as quais costumam falar sobre sexualidade, apenas 23,43% e 9,26% direcionam-se respectivamente a profissionais de saúde e professores. A grande maioria, 76,84% e 62,40% trata desses assuntos, respectivamente, com amigos e parceiros sexuais. Este padrão pode estar associado com a perpetuação de equívocos em relação a conhecimentos sobre HIV/Aids, quando considerada a confiabilidade das fontes de informação, pois tendem a perpetuar alguns mitos e desinformações (UNAIDS, 2016).

No entanto, foi observado um aumento do conhecimento dos(as) entrevistados (as) desde as fases iniciais da graduação até a pós-graduação, sugerindo que a vivência acadêmica pode representar um efeito positivo nos conhecimentos sobre HIV/Aids. Ações educativas podem ser aplicadas para reduzir essas diferenças, visando com que universitários possam ter maior nível de conhecimento sobre o tema, em períodos mais precoces. Estudos apontam que intervenções mediadas por universidades e órgãos de saúde, como a formação de universitários multiplicadores, incentivando um fluxo de informações corretas entre pares, pode ter um impacto positivo na construção do conhecimento acadêmico, com possível extensão para a comunidade (MOSKOVICS; CALVETTI, 2008; DOS SANTOS et al., 2016).

Foi observado, também, que 73,02% dos indivíduos não falam sobre assuntos relacionados à sexualidade com os pais. Alguns estudos

têm demonstrado a importância da intervenção dos progenitores nessa fase de transição entre a adolescência e a vida adulta, seja na comunicação e envolvimento com os filhos ou na imposição de disciplina, fatores que terão impacto em seus comportamentos e decisões, principalmente relacionado à exposição situações/ fatores de risco (NEWMAN et al., 2008; TRONCO; DELL'AGLIO, 2012).

A média geral de acertos foi maior entre o sexo feminino, com uma diferença estatisticamente significativa. Estudos recentes demonstraram que, apesar de haver lacunas, as mulheres têm conhecimentos sobre prevenção e que estes estão associados ao autocuidado em relação a infecções por HIV (DE PAIVA et al., 2014; SEHNEM et al., 2014). A feminização da epidemia de HIV/Aids estaria, então, mais associada à negociação do uso de preservativos com parceiros do sexo masculino, do que com a falta de informação (SEHNEM et al., 2014).

A área dos cursos de graduação e pós-graduação não influenciou na média de acertos no questionário. Como a área biológica inclui cursos de ciências da saúde e formadora de profissionais que poderão trabalhar diretamente, não só com prevenção e promoção da saúde, mas também tratamento de pessoas com HIV, esperar-se-ia que o conhecimento acerca do assunto fosse maior nesse grupo (MORITA et al., 2012).

Quando consideradas as variações dos tipos de atos sexuais foi admitido menor importância ao uso de preservativos, com 27,79%, 13,90% e 4,09% respondendo não haver risco de contrair HIV praticando sexo oral, anal e vaginal, respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa entre indivíduos do sexo masculino e

feminino. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos feitos em outras regiões do Brasil (DA SILVA et al., 2014; DE OLIVEIRA et al., 2014).

Notaram-se ainda equívocos sobre métodos de prevenção com 12,53% afirmando não haver risco de se contrair o vírus caso o homem retirasse o pênis antes da ejaculação e 14,44% caso os órgãos genitais fossem lavados após relação sexual. Isso pode indicar que estas práticas podem estar sendo usadas como formas equivocadas de proteção no lugar do preservativo. Nestas questões houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos com uma maior porcentagem de acertos entre as entrevistadas do sexo feminino.

Ainda tratando-se de prevenção, convém destacar que apenas 41,91% das mulheres que responderam ao estudo acertaram a questão que afirma que mulheres são sempre testadas para infecção por HIV durante o exame preventivo de colo de útero, o que remete ao baixo conhecimento das questões relacionadas à saúde sexual/reprodutiva. O referido exame analisa histologicamente as células da cérvice uterina em busca de alterações patológicas e não inclui teste para detecção de HIV (GEREMIA et al., 2016). Além disso, um estudo recente realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) apontou que a maioria das mulheres não o fazem com periodicidade adequada e buscam o exame motivadas por queixa ginecológica ou para orientação em relação ao uso de anticoncepcionais do que pelo caráter preventivo, inclusive em relação a doenças sexualmente transmissíveis (SANTOS et al., 2016).

Embora o incentivo para o uso de preservativos tenha papel importante na luta contra o HIV/Aids, a UNAIDS enfatiza a importância de outras ações o diagnóstico precoce com subsequente acesso a

tratamento e as Profilaxias Pré-exposição e Pós-exposição ao HIV para a diminuição da transmissão do vírus (UNAIDS, 2016). Quando questionados(as) sobre essas intervenções biomédicas a porcentagem de acertos ficou abaixo de 60%. A PrEP é uma intervenção biomédica que envolve a utilização de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas para reduzir o risco de infecção pelo HIV através de relações sexuais, enquanto o PEP é um tratamento que impede a sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo, indicado para pessoas que foram expostas ao vírus dentro de um período máximo de 72 horas (MANSERGH et al., 2012; BRASIL, 2013; KUCHENBECKER, 2015). Estes procedimentos têm-se mostrado bastante eficazes e são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MANSERGH et al., 2012; UNAIDS, 2016).

CONCLUSÃO

Percebeu-se entre a população pesquisada um amplo acesso a internet e dispositivos para acessá-la. Embora a tecnologia da era digital disponibilize meios eficazes de obter informações através de inúmeros canais, parece ainda haver obstáculos entre as fontes e os destinos na construção de conhecimentos sobre o HIV/Aids. Assim, torna-se importante descobrir como comunicar-se com a geração interconectada digitalmente e globalmente, no sentido não apenas de disponibilizar as informações, mas buscar formas para que elas sejam selecionadas pelos indivíduos, dentro do universo de conteúdos disponíveis.

A baixa porcentagem de entrevistados que acessam temáticas relacionadas à sexualidade com profissionais da saúde e professores

sugere que os órgãos de saúde e educacionais necessitem assumir papéis de maior protagonismo em ações para diminuir as lacunas observadas nos conhecimentos acerca da infecção pelo HIV.

Recomenda-se, com a realização dessa pesquisa, que sejam elaboradas e/ou qualificadas as políticas educacionais e de saúde acerca do HIV/Aids, que visem não apenas informar, mas dar significado a essas informações, levando em consideração aspectos sociológicos, ambientais e culturais para possam ter impacto positivo nas percepções e comportamentos acerca do risco de infecção pelo HIV, contribuindo de forma significativa para a redução do impacto do HIV/Aids na população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL, I. B. D. G. E. E.-. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2014**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2014. (978-85-240-4375-8)

BRASIL, M. D. S.-. **Boletim Epidemiológico de Aids 2016**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde 30/11/2016. 2016

BRASIL, M. D. S. **Protocolo Clínico e Diretrizes Para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST Aids e Hepatites Virais, 2013.

CAREY, M. P.; SCHRODER, K. E. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. **AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education**, v. 14, n. 2, p. 172, 2002.

CASE, K. K. et al. Understanding the modes of transmission model of new HIV infection and its use in prevention planning. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 11, p. 831-838A, 2012. ISSN 0042-9686.

COELHO, M. T. Á. D. et al. Informações sobre o HIV/AIDS e o comportamento de estudantes universitários. 2013. ISSN 2316-3844.

CONNOLLY, C. G. et al. Altered Functional Response to Risky Choice in HIV Infection. **PLoS one**, v. 9, n. 10, p. e111583, 2014. ISSN 1932-6203.

DA SILVA, A. P. et al. Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada [Knowledge and awareness of vulnerability to hiv/aids among students of a private university]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 5, p. 618-623, 2014. ISSN 0104-3552.

DE COCKA, K. M.; JAFFEA, H. W.; CURRANB, J. W. The Evolving Epidemiology of HIV/AIDS. **AIDS (London)**, v. 26, n. 13, p. 1205–1213, 2012.

DE OLIVEIRA, J. G. et al. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao hiv/aids. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 702-724, 2014. ISSN 2318-2660.

DE PAIVA, E. P. et al. Conhecimento, atitudes e práticas das mulheres acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **HU Revista**, v. 39, n. 1 e 2, 2014. ISSN 0103-3123.

DOS SANTOS, N. R. Z. et al. Formação de universitários multiplicadores: ações extensionistas no cenário escolar e comunitário

no município de São Gabriel, RS. **RAÍZES E RUMOS**, v. 2, n. 2, p. 7, 2016. ISSN 2317-7705.

GARCIA-RETAMERO, R.; COKELY, E. T. Communicating health risks with visual aids. **Current Directions in Psychological Science**, v. 22, n. 5, p. 392-399, 2013. ISSN 0963-7214.

GEREMIA, D. S. et al. Avaliação da adequabilidade da coleta do exame citopatológico na Estratégia Saúde da Família. **Revista ACRED-ISSN**, v. 6, n. 11, p. 100, 2016. ISSN 2237-5643.

GREENE, W. C. A history of AIDS: looking back to see ahead. **European journal of immunology**, v. 37, n. S1, p. S94-S102, 2007. ISSN 1521-4141.

KUCHENBECKER, R. What is the benefit of the biomedical and behavioral interventions in preventing HIV transmission? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 26-42, 2015. ISSN 1415-790X.

MANSERGH, G.; KOBLIN, B. A.; SULLIVAN, P. S. Challenges for HIV Pre-Exposure Prophylaxis among Men Who Have Sex with Men in the United States. **PLoS Med**, v. 9, n. 8, p. e1001286, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1001286> >.

MONTAGNIER, L. A History of HIV Discovery. **Science**, v. 298, n. 5599, p. 1727-1728, 2002. ISSN 10.1126.

MORITA, I. et al. Origem do conhecimento sobre HIV/Aids: entre o pessoal e o acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, p. 197-203, 2012. ISSN 0100-5502.

MOSKOVICS, J. M.; CALVETTI, P. Ü. Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola.

Psicologia: ciência e profissão, v. 28, n. 1, p. 210-217, 2008. ISSN 1414-9893.

NASSAR, S.; WRONSKI, V.; OHIRA, M. SEstatNet-Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [página na internet]. **Florianópolis (SC)**, 2016.

NETO, A. F. **Mortes em derrapagem: os casos Corona e Cazuzo: no discurso da comunicação de massa**. Rio Fundo Editora, 1991. ISBN 858529728X.

NEWMAN, K. et al. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 142-50, 2008. ISSN 0104-1169. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18392544> >.

NUNES, T. N. Cazuzo: O Caso da Veja 1.077—Análise ética do discurso da revista Veja sobre a doença e morte de Agenor de Miranda Araujo Neto1. **REBEJ**, 2010.

SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C.; CAVALCANTI, P. P. Consulta ginecológica—motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 5, n. 1, 2016. ISSN 2175-6783.

SEHNEM, G. D. et al. Conhecimentos e práticas de mulheres acerca da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 10, p. 3275-3281, 2014. ISSN 1981-8963.

SILVA, M. C. P. D. **Aids na cibercultura: a midiaticização da doença nas redes sociais online do Ministério da Saúde** 2013.

SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**, v. 236, n. 4799, p. 280-285, 1987. ISSN 0036-8075.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 254-269, 2012. ISSN 1983-8220.

UNAIDS. **The Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014

_____. **Prevention Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2016

5.2 KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND BEHAVIOURS CONCERNING THE RISK FOR HIV INFECTION AMONG UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

Object: To analyze knowledge, perceptions and behaviors of college students from a university in Santa Catarina concerning the risks of HIV infection. **Methods:** We conducted a prospective observational study with 367 graduate and postgraduate students enrolled in a University in the plateau of Santa Catarina, Brazil, in the period between May and September, 2016. The research instrument for data collection was an online self-applicable questionnaire divided in four parts approaching sociodemographic data, knowledge about HIV/AIDS, behaviors and associated factors concerning the risks of HIV infection and the perception of such risks. **Results:** The mean age of the participants was 24,11 (\pm 7,80) years. Among the 301 (82,02%) individuals that stated to have sexual activity in the previous 12 months, 247 (82,33%) reported inconsistent condom usage. As for the HIV testing, 214 (58,31%) of the interviewed population stated that they have never tested. **Conclusions:** the studied population presented incongruities among knowledge, behaviors and risk perception concerning the risks of HIV infection, with significant variations among certain subgroups.

Keywords: HIV; Risk Behaviour; Perception

INTRODUCTION

According to the last report from the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), approximately 36,7 million people in the world (about 0,8% of the adults aged between 15-49 years) were living with the human immunodeficiency virus (HIV) at the end of 2015, roughly half of this number in the situation of not knowing that they were infected (about 16 million) (UNAIDS, 2016). With prevalence and incidence rates varying considerably among different countries, In Brazil, the number of new infections raised 4% between 2010 and 2015, whereas the numbers remained stable in the rest of the world (UNAIDS, 2016).

The Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis of the Brazilian Ministry of Health (MOH) reported that 13,9% of the new infections occurrences were among young people aged between 15 and 24 years in 2015, compared to the 11% rate in 2010 (BRASIL, 2016). It is estimated that 30% of the Brazilian population is in this age range and it is important to emphasize that according to the data of the Superior Education Census (CENSUP) of 2012, the percentage of people attending higher education represents almost 30% of the Brazilian population aged between 18 and 24 years (CENSUP, 2012).

Currently in Brazil, the MOH emphasizes the importance of early diagnosis and the fight against prejudice, without losing the focus on prevention (BRASIL, 2013; SILVA, 2013). Although the impact of the campaigns from the governmental entities is arguable considering efficiency, often relegated to publications that aim very limited populations, (NETO, 1996; 2008), the change of the perception of the

disease as a social harm and not only physical contributed to the construction of forums where wider and more inclusive discussions can occur (SILVA, 2013).

The study of cultural and behavioral variables such as sexual initiation, psychoactive drug usage and academic admission, which normally brings considerable changes in the lifestyle of people, as well as new technologies of this current “digital era” (YOUNG, 2013) and relationship patterns must be taken into consideration to understand the dynamics of the HIV/AIDS epidemic (MATSICK et al., 2014).

The identification of subpopulations with higher risks to the infection and the behaviors that can lead to such outcome is pivotal to consolidate the knowledge about the epidemic, in addition to expose gaps that must be fulfilled (CASE et al., 2012). The comprehension of these phenomena is very important to propose health promotion strategies that are capable to reduce the global transmission of HIV (UNAIDS, 2008, p 100), highlighting the difficulty of identifying people’s perceptions and the knowledge concerning the risks for HIV infection, considering the complexity of the individuals and the socio-environmental specificities of each region (UNAIDS, 2014).

Considering this scenario, the question arises as what are the knowledge, perceptions and behaviors concerning the risk of HIV infection? This study intends to analyze these variables among college students in a university in the south of Brazil.

METHOD

We conducted a prospective observational cross-sectional quantitative study, with a probabilistic approach. The study took place at a higher education institution located in the state of Santa Catarina/Brazil, where graduation and post-graduation students were considered to participate. To determine the population to be surveyed, we considered the institutional records for the first semester of 2016, which represented 3.499 regularly enrolled students, with no age range specifications. Based on this number we made calculations using the computational tool SestatNet (NASSAR et al., 2016), with trust level of 95% and margin of error of 5%, which led the number of 349 students. That number was overreached, since it was based on spontaneous participation, and the final number of participants was 367 students.

We developed an online self-applicable questionnaire in four parts. The first part assessed social, economic, environmental and cultural data. The second comprised questions to evaluate knowledge about HIV/AIDS and, finally, the third and fourth parts which investigated the possible occurrences of risk behaviors to HIV infection and the perception of the participants to such risks. To elaborate the questions we considered data found in the literature and international questionnaires. (CAREY; SCHRODER, 2002; UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006; BALOGUN; ABIONA, 2010; BRASIL, 2013; GIRÓN, 2013; UNITED STATES DEPARTMENT OF et al., 2013; OUNJIT, 2014; UNAIDS, 2014).

To evaluate the frequency of the usage of condoms, it was considered as condom inconsistency when it was not used in all sexual relations (UNAIDS, 2016).

The data were collected and inserted in a data bank as a file of the program Excel® by Microsoft® and exported to the SEstatNet® (NASSAR et al., 2016). We applied descriptive statistics (mean, standard deviation, maximal and minimal range) for the quantitative continuous and discrete variables. For the inferential analysis of the variables, statistical tests were applied with 5% as significance level, including Chi-square, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis (ANOVA) tests.

RESULTS

The mean age of the 367 participants was 24,11 (\pm 7,80) years. Considering sexual initiation, 347 students reported to have already had some type of sexual relation, and the average age for the first relation was 16,53 (\pm 2,41), 10 years being the minimum and 25 years the maximum reported ages. Among this groups, 126 (36,31%) claimed that they did not use condom in their first sexual relation, whereas 11 (3,17%) did not remember if they had used. However, 99,73% recognized the usage of condom as a form to prevent HIV infection. The table 01 presents sociodemographic data relating to sexuality.

Table 01: Sociodemographic and sexuality-related data of graduation and post-graduation students (n=367). Santa Catarina plateau, Brazil, 2017.

Variables	n (%)
Gender (n=367)	
Female	272 (74,11)
Male	95 (25,89)
Had to change cities to attend higher education (n=367)	
Yes	152 (41,42)
No	215 (58,58)
With whom they reside (n=367)	
	n (%)
With parents or other responsible family members	203 (55,31)
With spouse and/or offspring	61 (16,62)
Alone	60 (16,35)
With non-family members	43 (11,72)
Sexual Orientation (n=367)	
Heterossexual	292 (79,57)
Bissexual	50 (13,62)
Homossexual	25 (06,81)
Sexual Activity (n=367)	
Never had had a sexual relation	20 (5,45)
Had not had sexual relation in the prior 12 months	46 (12,53)
Had had sexual relation in the prior 12 months	301 (82,02)

Source: primary data

Among the 95 male participants, 92 (96,84%) had already had some type of sexual relation and the mean age for the sexual initiation was 16,13 (\pm 2,78) years and 48 (52,17%) in this group reported they

had not used condom in such occasion. Among the 272 female participants, 255 (93,75%) had already had some type of sexual relation and the mean age for the sexual initiation was 16,68 (\pm 2,57) years, with 89 (34,90%) reporting that they had not used condom. These results showed that, although the average age for sexual initiation was close for both genders, male individuals had a higher condom inconsistency in the first sexual relation.

Considering the 20 (05,45%) participants that reported that they had not had any type of sexual relation, 19 (95%) of the them reside with parents or other holder of parental responsibility and 01 (5%) resides alone. Among the 46 (12,53%) that had already had their sexual initiation, but had not had sexual relation in the prior 12 months, 35 (76,09%) reside with their parents or other holder of parental responsibility and 11(21,36%) reside alone or with non-family members. The research also identified that within the respondents who had sexual activity during the previous 12 months and who live with their parents or other holder of parental responsibility the mean number of partners was 2,77 (\pm 3,45) in such period with a condom inconsistency rate of 77,18%, whilst in the group with individuals who do not live with holders of parental responsibility these numbers were 4.78 (\pm 4,46) and 81,38%, respectively, which demonstrates that the latter group were more exposed to risks for HIV infection.

Regarding the questions about “**Behaviors and Associated Factors Concerning the Risk To HIV Infection**”, 347 (94,55%) reported they had already had some type of sexual relation, with 67 (19,30%) claiming that the option for the usage of condom is based on the partner’s healthy appearance, however 321 (92,50%) of this

respondents also acknowledged that a person can be infected by HIV and still have a healthy appearance and 279 (80,40%) understand that a person can be infected for 5 years or more without developing AIDS. This context demonstrates that despite showing knowledge about the subject, a number of individuals continue to engage in risk behaviors.

Taking into consideration the sexual activity in the prior 12 months, 301 of the participants had already had sexual initiation, corresponding to 221(73,42%) women and 80 (26,58%) men. The distribution according sexual orientation was as it follows: 231 (76,74%) consider themselves heterosexual, 45 (14,95%) bisexual and 25 (8,31%) homosexual. The mean number of sexual partners during the aforementioned time span was 3,20 (\pm 3,72) and the number of participants who reported condom inconsistency was 248 (82,39%).

Although the difference in condom inconsistency was only statistically significant considering with whom the participants live and the use of illegal drugs, the difference in the mean number o partners was statistically significant for all subgroups. The table 02 displays the condom consistency and the mean number of sexual partners of participants who were sexually active in the prior 12 months.

Table 02: Condom consistency and mean number of sexual partners of participants who were sexually active in the prior 12 months. (n=301) according to gender, sexual orientation, residency and drug usage. Santa Catarina plateau, Brazil, 2017.

Variables	Condom consistency		P	Mean number (SD) ^a of sexual partners	P
	No n (%)	Yes n(%)			
Female	180 (59,80)	41 (13,62)	0.47477 97 ^(b)	2,08 (± 2,23)	0.0000 007 ^(c)
Male	68 (22,59)	12 (03,99)		6,08 (± 5,04)	
Heterossexuals	190 (82,25)	41 (17,75)	0.97598 68 ^(b)	2,44 (± 3,19)	<0.000 001 ^(d)
Bissexuals	37 (82,22)	08 (17,78)		5,63 (± 4,68)	
Homossexuals	21 (84,00)	04 (16,00)		4,61 (± 4,62)	
With whom they reside (n=301)					
Alone or with non-family members	74 (81,32)	17 (18,68)	0.00319 17 ^(b)	4,78 (± 4,46)	<0.000 001 ^(d)
With parents or family responsible members	115 (77,18)	34 (22,82)		2,77 (± 3,45)	
With spouse and/or offspring	59 (96,72)	02 (3,28)		1,87 (± 1,95)	

Consumption of alcohol (n=301)					
Yes	174 (81,31)	40 (18,69)	0.43885 91 ^(b)	3,51 (± 1,95)	0.0271 313 ^(c)
No	74 (85,06)	13 (14,94)		2,41 (± 2,73)	
Consumption of illegal drugs (n=301)					
Yes	95 (86,36)	15 (13,64)	0.16979 01 ^(b)	4,59 (± 4,80)	0.0000 381 ^(b)
No	153 (80,10)	38 (19,90)		2,40 (± 2,62)	

^a Standard deviation

^b Chi-square Test

^c U de Mann-Whitney Test

^d Kruskal-Wallis Test (ANOVA)

Source: primary data

Considering the 301 participants who were sexually active during the prior 12 months, 248 (82,39%) reported to have a steady partner with whom they maintain sexual relation, with 203 (81,85%) being in a monogamous relationship and 45 (18,15%) in a consensual non-monogamous relationship (CNM). The table 03 displays the sexual behavior in the prior 12 months according to the type of relationship.

Tabela 03: Sexual behavior in the prior 12 months, according to the type of relationship. Santa Catarina plateau, Brazil, 2017.

Variable	Type of relationship		
	Monogamous n (%)	Consensual non- monogamous n (%)	Not in a relationship with a steady partner. n (%)
Condom consistency during the prior 12 months (n=301)			
No	177 (58,80)	36 (11,96)	35 (11,63)
Yes	26 (08,64)	09 (02,99)	18 (05,98)
Embarrassment about requesting the partner to use condom (n=248)			
No	184 (74,19)	36 (14,52)	
Yes	19 (07,66)	09 (03,63)	-
Occurrence of sexual relation outside the relationship (n=248)			
No	154 (62,09)	18 (07,26)	-
Yes	49 (19,76)	27 (10,89)	-
Condom consistency in sexual relations outside the relationship (n=76)			
No	37 (48,68)	21 (27,63)	
Yes	12 (15,79)	06 (07,90)	

Source: primary data

The mean number of sexual partners during the prior 12 months among the respondents who reported to be in a monogamous relationship and that had not had sexual relation outside the current relationship (n=154) was 1,69 (\pm 1,86). This may indicate that some of the individuals who claimed to be in a monogamous relationship did not report that they had had sexual relation outside the current relationship, specially taking into consideration the range in the number of sexual

partners in the aforementioned time span in this group, which was 12. Also 21 (11,41%) participants within this group reported they had had at least 4 sexual partners. It is important to consider, however, the possibility that some of the sexual relations reported in this group may have happened before the beginning of the current relationship.

Considering the usage of internet resources to find partners, such as relationship websites and geosocial networking (GSN), which utilizes the global positioning system (GPS) to provide location data to match users with a place, an event or a person, 102 (27,79%) reported to use at least one of these types of technology. Within this group, 06 (5,88%) never had had sexual relation, 05 (4,90%) had not had sexual relation in the prior 12 months and 14 (13,72%) never had had sexual relation with a person who they met through these means. Among the sexually active population in the prior 12 months, 210 (69,77%) had never used these internet resources to find partners, while 91 (30,23%) had, with the mean number of sexual partners in the prior 12 months for the former and the latter group being 2.41 ($\pm 3,02$) and 5,02 ($\pm 4,87$), respectively. Referring to the usage of condom, 74 (81,32%) of the users of such technologies reported condom inconsistency compared to 109 (51,90%) of the non-users.

Although the difference between the condom inconsistency rate for users and non-users of internet resources to find partners was not statistically significant ($P = 0,7476$)¹, the mean number of partners was ($P < 0,000001$)², which denote a wider exposition to risks for the former

¹ Chi-square Test

² Mann-Whitney U Test

subgroup. The distribution of this data, taking into consideration gender, sexual orientation and the usage of internet resources to find partners, is presented in the table 04.

Table 04: Usage of internet resources to find partners in the prior 12 months among the sexually active population (n=301). Santa Catarina plateau, Brazil, 2017.

Gender/ Sexual orientation	Users of internet resources to find partners		Non-users of internet resources to find partners	
	Mean number (SD) ^a of sexual partners	Condom inconsistency n (%) ^b	Mean number (SD) ^a of sexual partners	Condom inconsistency n (%) ^b
Men				
Bisexual	6,33 (±4,68)	16 (88,89) (n=18)	3,33 (±2,52)	3,00 (100,00) (n=3)
Heterossexual	4,25 (±4,67)	18 (90,00) (n=20)	4,05 (±6,03)	17,00 (80,95) (n=21)
Homossexual	7,33 (±3,98)	13 (86,67) (n=15)	1,00	2,00 (100,00) (n=2)
Women				
Bisexual	6,50 (±5,40)	09 (90,00) (n=10)	4,42 (±4,29)	10 (83,33) (n=12)
Heterossexual	2,52 (±2,93)	18 (66,67) (n=27)	1,94 (±1,87)	137 (84,05) (n=163)
Homossexual	-	-	4,50 (±5,29)	06 (75,00) (n=8)

^aStandard Deviation. ^bRelative percentage of the total of participants in each of the considered categories. Source: primary data

A total of 244 (66,49%) of the respondents declared to have habit of alcohol consumption, with 196 of them (80,33%) reporting that they had already had sexual relation under alcohol influence at least once. Within this group, 111 (56,63%) reported condom inconsistency in such situation.

A group of 119 (32,43%) reported that they had already used some type of illegal drug, 12 (10,08%) of them did not remember if they had had sexual relation under the influence of such drugs, while 60 (50,42%) claimed they had, with 40 (66,67%) in the latter group reporting condom inconsistency in such situation.

Regarding HIV testing, 214 (58,31%) had never done the test, with the following gender distribution: 168 (78,50%) female and 46 (21,50%) male respondents. The reasons they gave to justify not doing the test were: 153 (71,50%) were sure they weren't infected, 35 (16,35%) were afraid of the result e 26 (12,15%) felt embarrassed to go through the procedure.

Among the 153 respondents who declared not doing the test based on their certainty that they were not infected, 17 (11,11%) had not had sexual initiation. As for the remaining 136, 45 (33,09%) did not use or did not remember using condom in their first sexual relation. Considering only the 116 (82,59%) sexually active respondents in the prior 12 months, the mean number of sexual partners in such period was 2,08 (\pm 2,58) with 91(78,45%) reporting condom inconsistency.

When questioned about their perception of the risk to become infected by HIV, considering the total number of respondents, 241 (65,67%) considered practically impossible, 59 (16,08%) impossible, 63

(17,16%) probable, and only 4 (1,09%) very probable. Analyzing these groups separately, among those who considered practically impossible, 08 (3,32%) had never had sexual relation, whereas for the remaining 233, 86 (36,91%) did not use or did not remember using condom in their first sexual relation. In this last group, 206 (88,41%) had at least one sexual relation in the prior 12 months and the mean number of sexual partners in such period was 2,67 (\pm 2,95), with 166 (80,58%) reporting condom inconsistency.

Inside the group that considered the chance to become infected by HIV probable (n=63), 04 (6,35%) had never had sexual relation and among the remaining 59 (93,65%), 29 (49,15%) did not use condom in their first sexual relation and among the 56 (94,91%) sexually active in the prior 12 months, the mean number of partners was 5,38 (\pm 5,03), with 55 (98,21%) reporting condom inconsistency.

Among those who believed their chances to become infected by HIV to be impossible (n=59), 08 (13,56%) had never had sexual relation. As for the remaining 51, 11 (21,57%) did not use or did not remember using condom in their first sexual relation and among the (68,63%) sexually active in the prior 12 months, the mean number of sexual partners was 1,80 (\pm 2,18) with 24 (68,57%) of them reporting condom inconsistency. Among those who believed to be very probable their chances to become infected by HIV, the mean number of partners was 12,5 (\pm 4,65) and 03 (75%) of them reported condom inconsistency.

Considering all the respondents, 122 (33,24%) believe that if they are diagnosed positive for HIV, the facility where the test is done will try to contact all their previous sexual partners to report the result, which

may have contributed as reason for the 26 (7,08%) who claimed they had never done the test because they feel embarrassed. In the group that had never done the test, 153 (71,50%) justified their answer with the belief in their own certainty of not being infected. However, within this group 46 (29,97%) are part of the population that had had sexual initiation and did not use or did not remember using condom in such occasion and 59 (38,54%) of the sexually active population in the prior 12 months that presented 2,08 ($\pm 2,58$) as the mean number of sexual partners in such period, with a rate of 78,45% of condom inconsistency.

When questioned about the fear of becoming infected by HIV, 233 (63,49%) manifested fear absence. The justifications for the answers of this question are presented in table 05.

Table 05: Justifications for fear or fear absence concerning the possibility to become infected by HIV. Santa Catarina plateau, Brazil,

Justification	Female		Male		Total	
	n	%	n	%	n	%
Do not fear becoming infected						
I have only one sexual partner and he/she is faithful	99	58,58	28	43,75	127	54,51
I always use condom	38	22,48	12	18,75	50	21,46
It is not going to happen to me	09	05,33	12	18,75	21	9,01
Sexual abstinence	09	05,33	04	06,25	13	5,58
Although there is not a cure for HIV/AIDS, there is treatment	08	04,73	05	07,81	13	5,58
I do not share needles	06	03,55	01	01,56	7	3,00
AIDS does not exist	-	-	02	03,13	2	0,86
Total	169	100	64	100	233	100
Fear becoming infected						
I do not always use condom	46	44,66	17	54,84	63	47,01
Work accident	45	43,69	4	12,90	49	36,57
Sexual Violence	11	10,68	-	-	11	8,21
I have multiple partners	01	00,97	10	32,26	11	8,21
Total	103	100	31	100	134	100

Source: primary data

DISCUSSIONS

The present study identified incongruities among knowledge, perceptions and behaviors concerning the risk for HIV infection in the studied population. Although the sample was relatively homogenous, considering they are all students in academic environment, some differences were found among different subgroups.

The sociodemographic data revealed that the majority of the respondents has a household income that exceeds 3 minimum wages. We observed that 41,42% of the students had to move towns to have access to higher education. In comparison, the last Brazilian census pointed that in the state of Santa Catarina 10,1% of the college students had to migrate in order to attend higher education, the highest rate in Brazil, which corresponds to approximately 184 thousand college students, (BRASIL, 2010). The ingression in the academic environment and the changes that it can represent to students, like new social and cultural contexts, may leave them more susceptible to risks, such as psychoactive drug usage, most notably alcohol, which is associated with risk behaviors, like unprotected sex (PILLON et al., 2005; ANDRADE et al., 2010).

Considering the knowledge of the respondents about HIV/AIDS, 99,73% recognized the importance of condom usage to prevent HIV infection, a percentage which is slightly higher than other studies with college students in Brazil (COELHO et al., 2013; DE OLIVEIRA et al., 2014) and the Research on Knowledge, Attitudes and

Practices of the Brazilian Population (PCAP), that was conducted in 2008 (BRASIL, 2011).

However, within the 347 (94,55%) individuals who had already had sexual initiation, 39,48% did not use or did not remember using condom in their first sexual relation, a lower percentage than the 60,90% observed in the last PCAP (BRASIL, 2011). Researches about sexual initiation and condom consistency has indicated that adolescents tend not to use condom in their first sexual relation, especially when it happens at an early age, which exposes them to the risk of sexual transmitted diseases (STD) acquisition (ANTUNES, 2007; DIAS III, 2008; BRASIL, 2012). The mean age for the first sexual relation observed in this study was 16,53 ($\pm 2,41$) years, and the percentage of the sexually active population that had their sexual initiation before the age of 16 was 33,43%, in comparison to the National Research on School Health (PeNSE) (IBGE, 2012), which found a result of 28,7% (BRASIL, 2012).

The percentage of respondents that affirmed that a person can be HIV seropositive and despite of that still have a healthy appearance was 91,82%, number which is proximate to the result of 91,90% observed in the PCAP for the south region of Brazil, which includes Santa Catarina (BRASIL, 2011), however 18,25% of the respondents in the present study decide whether they are going to use condoms or not based on the appearance of their partners.

Another incongruity between the knowledge of the importance of condom usage as a form of prevention and assumed risks by the respondents is noted in the rate of condom inconsistency among the 301 sexually active in the 12 prior months individuals which was 82,45%,

value that is higher than the 73,7% reported by the PCAP (BRASIL, 2011). It is important to emphasize that 67,44% of this group reported to be in a monogamous relationship, which can explain, in parts, the high rate of condom inconsistency, because people in this type of relationship tend to feel safer, sometimes based solely on the fidelity construct (LEHMILLER, 2015).

The percentage of individuals engaged (but not actual engagement) in CNM was 18,15%, which is an intermediate result between two recent studies which found rates of 5,3% (RUBIN et al., 2014) and 36,87% (LEHMILLER, 2015).

Another important risk factor is the number of sexual partners in the last 12 months, variable which presents directly proportional relation to the risk of STD acquisition, including HIV (UNAIDS, 2014b). Some subgroups presented an important variation in such number. The mean number of sexual partners was almost 3 times higher for the male respondents than for the female ones. According to a study that was conducted in 48 countries, using a self-applicable questionnaire to measure aspects of human sexuality, 35% of men and 6,1% of women in South America expressed the desire to have more than one sexual partner in the following 30 days. Also corroborating with the results, the PCAP identified that having multiple sexual partners is a behavior more frequently observed in male individuals, with 40,1% of them reporting more than ten different partners during their lives, whereas this percentage for female individuals was 10,9% (BRASIL, 2011).

When questioned about having sexual relation outside the current relationship, 24,14% of those who reported to be in a monogamous relationship and 60,00% of those in CNM relationship

answered they had had. In recent studies that were conducted in the United States of America (USA), those rates were respectively 24,4% and 72,4% (LEHMILLER, 2015).

Although 14,95% of the sexually active studied in the 12 prior months population have reported to be in a CNM relationship, a portion of the concomitant sexual partners reported might also have occurred in a non-consensual form, clandestine, often referred as “infidelity” or “betrayal” (SHEFF; TESENE, 2015). In a recent research with heterosexual individuals it was identified that 36,7% and 75,0% of the participants who were engaged in CNM and monogamous relationship, respectively, did not report the sexual relations outside the relationship to their steady partners (LEHMILLER, 2015). This is a context of great vulnerability, especially for women in long-term relationships, due to the fact, which was observed in other studies, that men are more likely to have more sexual partners outside the relationship than women (LUO et al., 2010; BRUM et al., 2012; LEHMILLER, 2015). Based on fidelity, as a social construct, women might be more exposed to STD for not admitting the risk (BRUM et al., 2012). These behavior patterns seem to be connected to the heterosexualization of the HIV/AIDS epidemics, which has been occurring since the decade of the 1990 (SAMPAIO et al., 2011).

The condom consistency in sexual relations outside the current relationship was higher for individuals engaged in monogamous relationships (24,49%) than those in CNM (22,22%), an opposite tendency if compared to another recent study (MATSICK et al., 2014). There is not much data in the literature on the correlation of heterosexual CNM relationships and the risk for HIV infection,

probably because of the context of discretion of these relations, which hinders the collection of trustworthy data (FERNANDES, 2009; MATSICK et al., 2014). However, a recent research found that people engaged in this type of relationship are more likely to contract HIV (MATSICK et al., 2014).

Analyzing subgroups based on sexual orientation, the mean number of sexual partners in the prior 12 months and the condom inconsistency were higher among bisexuals and homosexuals. Several studies found significant correlation between HIV infection risks and behaviors assumed by bisexual and homosexual populations (EVERETT, 2013; OSWALT; WYATT, 2013; DE ASSIS et al., 2014; PEREIRA et al., 2014; TORNELLO et al., 2014), for instance, the wider occurrence of multiple sexual partners in these groups, a behavior which seems to be connected to social and psychological vulnerability (PARKER, 1997; CUNHA; GOMES, 2014). According to some authors, the prejudice related to sexual orientation, especially for male homosexuals, seems to contribute to the higher tendency in these groups of searching for relationships with little or no social visibility at all, with a momentary aspect and based mostly on the search for pleasure (CUNHA; GOMES, 2014), furthermore it also reduces the access of these people to HIV prevention health policies (UNAIDS, 2016). This, however, it is just a fragment of a much wider discussion, which should take into consideration cultural, anthropological, biological and social aspects in search for the motives why men who have sex with men (MSM) are more likely to have multiple sexual partners, concomitant or not, in short periods of time (LEICHLITER et al., 2013; CAMPOS et al., 2014).

The higher mean number of sexual partners in the prior 12 months and condom inconsistency for individuals sexually active in such timeframe and who do not live with parents or holders of parental responsibility may be connected to the academic experience and the consequential changes in the daily life of this population, especially when they need to be absent from constant family conviviality (PILLON et al., 2005; TEIXEIRA et al., 2007). The decline of parental monitoring on these individuals, who feel a gradually larger sensation of emancipation and autonomy, can lead to scarcity of conversations with their progenitors, especially concerning sexuality (ANASTÁCIO, 2010).

Among alcohol and other psychoactive drugs, although the condom inconsistency was similar to the non-users, the mean number of sexual partners in the prior 12 months was higher in the former subgroup. Studies have revealed that individuals under the influence of alcohol tend to have more sexual partners, lower tendency to use condoms, lower ART adherence and higher chances to commit or be victim of sexual violence, all important risk factors connected to HIV and others STD infections (MALBERGIER; CARDOSO, 2009; RIBEIRO; FERNANDES, 2009; CRUZEIRO et al., 2010; SHUPER et al., 2010). In a study conducted in Rio Grande do Sul, a state which borders Santa Catarina, with adolescents diagnosed positive for HIV, it was found that 33,7% of the individuals who had unprotected sex did it under the effect of psychoactive drugs (CAMPOS et al., 2014). It is relevant to note that in some contexts the sexual relation occur in exchange for drugs (LARANJEIRA et al., 2014).

Considering only the sexually active population in the prior 12 months, 30,23% reported the usage of internet resources, such as

relationship websites and geosocial cellular applications (GSN) to search for partners. Proportionally, a higher number of men (46,25%) reported they had known sexual partners though these means than women (24,43%). Although the last PCAP was conducted before the GSN applications became popular, it also demonstrated a larger number of men using other internet resources to find partners. (BRASIL, 2011).

The mean number of sexual partners in the prior 12 months for the users of those technologies was twice as much as the non-users. The usage of internet resources, especially GSN cellular applications, which indicates spatial proximity among users, simplifies the process of finding potential sexual partners (MARTINS FILHO, 2014). Some studies indicate that people who use these resources seem to be more inclined to engage in risk behaviors, therefore increasing their chances for HIV infection, when compared to non-users (NEWCOMB et al., 2014; HOLLOWAY et al., 2015).

Analyzing an inferential relation between the usage of these technologies and sexual orientation, we observed a larger number of partners among bisexuals and homosexuals, for both genders, male and female, when compared to heterosexuals. According to recent data, MSM, notably the youngest, who use GSN applications to find partners are more likely to engage in risk behaviors, like having a larger number of sexual partners, condom inconsistency and usage of psychoactive drugs (ZOU; FAN, 2016). A study conducted in Australia among MSM found that 71% of the respondents had the habit of using GSN app to find sexual partners (CHOW et al., 2016).

In the investigation of the self-perception in relation to the risk of HIV infection, 58,31% of the studied population had never done the

HIV test and 40,33% believed that if they did the test 7 days after a sexual relation that involved risks the results would assure if they were infected in such relation and this percentage is higher than other studies conducted in Brazil (BRASIL, 2011; DA SILVA et al., 2014; SILVA et al., 2015).

About their perception of the probability of becoming infected by HIV, 65,67% of the respondents answered that it was practically impossible, a higher percentage than the one found in a study conducted with young adults in Paraíba, another Brazilian state, which was 45% (SILVA et al., 2015). Within this subgroup, 43,98% had already done the HIV test at least once, 24,78% who had already had sexual initiation did not use or did not remember using condom in their first sexual relation and the mean number of sexual partners for the 68,44% of the sexually active population in the prior 12 months was 2,67 (\pm 2,95) in such period, with a condom inconsistency rate of 80,58%. This data shows that although a high percentage of the respondents think to be practically impossible to become infected by HIV, a large number of them engaged in risk behaviors, displaying a incongruity between risk perception and behavior.

Relating to the fear to be infected by HIV, 63,49% answered they did not fear and the main justifications were “I have only one partner and he/she is faithful” (58,58%) and “I always have protected sex” (22,48%), these numbers contrast with a recent research with young adults conducted in Paraíba, Brazil (SILVA et al., 2015). Within 36,51% who affirmed to be afraid to become infected by HIV, condom inconsistency and work accidents were the main justifications for their

answers, representing, respectively, 47,01% and 36,57% of this subgroup.

The contexts aforementioned demonstrate that, although having knowledge about the importance of the usage of condom to prevent HIV infection, individuals still engage in risk behaviors. To a certain extent, maybe this can be explained by the fact that the risk perception is a subjective evaluation of the probability of an event to cause negative consequences, which is affected not only by knowledge but also by the individual's disposition to deliberately assume risk behaviors (SJÖBERG et al., 2004). Despite the importance of the logical analyses when taking a decision that involves risk, the access to emotional factors, such as affectivity and pleasure-seeking, seem to be a less complicated manner for some individuals to judge the implications of certain behaviors (SLOVIC; PETERS, 2006).

CONCLUSION

The study pointed some vulnerabilities for the HIV infection in the researched population. Even in matters where student's knowledge can be detected, such as the importance of the usage of condom in sexual relations, the perceptions and behaviors do not always seem to be affected positively.

It was observed a high rate of condom inconsistency added to a high mean number of sexual partners in the prior 12 months, with variations relating to different subgroups. Considering the context of the population, which includes a relatively large number of students that had to migrate to attend higher education, we suggest a role of greater responsibility by the educational institutions and governmental health

agencies in the sense of creating a dialog with these individuals, aiming knowledge construction with appropriate signification.

When dealing with subjects which can cause discomfort or represent taboos, like sexuality, it is important to develop amicable and inclusive forums, with privileges to policies which aim to fight prejudice and value human valorization.

We also recommend that other studies should be continuously done, considering that new behavioral variables arise and disseminate much faster in a globalized and digitally connected world. We also expect that the resulted data from this research may help to guide actions in a short and medium-term, aiming at health promotion and prevention related to HIV/AIDS for college students, with possible extrapolation for other community segments.

REFERENCES

ANASTÁCIO, Z. Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. 2010. ISSN 0214-9877.

ANTUNES, M. T. C. **Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior**. Formasau, 2007. ISBN 9728485816.

BALOGUN, J. A.; ABIONA, T. C. **Psychometric Instruments for Assessing HIV Risk Behaviors of Vulnerable Populations**: Chicago State University 2010.

BRASIL, I. B. D. G. E. E.-. Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fornecido em meio eletrônico:[www. ibge. gov.**

br/home/estatistica/populacao/censo2010/] Acessado em, v. 20, n. 03, p. 2012, 2010.

_____. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: IBGE Rio de Janeiro 2012.**

BRASIL, M. D. S.-. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos - PCAP.** DEPARTAMENTO DE DST, A. E. H. V. 2011.

BRASIL, M. D. S.-. **Boletim Epidemiológico de Aids 2016.** Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde30/11/2016. 2016

BRASIL, M. D. S. **Protocolo Clínico e Diretrizes Para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais, 2013.

BRUM, L. M.; MORAIS, M. R.; ROSO, A. **RELAÇÕES CONJUGAIS E HIV/AIDS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS. Jornada de Pesquisa em Psicologia,** 2012. ISSN 2237-9207.

CAMPOS, C. G. A. P. D. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 18, n. 2, p. 310-319, 2014. ISSN 1415-2762.

CAREY, M. P.; SCHRODER, K. E. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. **AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education,** v. 14, n. 2, p. 172, 2002.

CASE, K. K. et al. Understanding the modes of transmission model of new HIV infection and its use in prevention planning. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 11, p. 831-838A, 2012. ISSN 0042-9686.

CHOW, E. P. et al. Risk Practices in the Era of Smartphone Apps for Meeting Partners: A Cross-Sectional Study Among Men Who Have Sex with Men in Melbourne, Australia. **AIDS patient care and STDs**, v. 30, n. 4, p. 151-154, 2016. ISSN 1087-2914.

COELHO, M. T. Á. D. et al. Informações sobre o HIV/AIDS e o comportamento de estudantes universitários. 2013. ISSN 2316-3844.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1149-1158, 2010. ISSN 1413-8123.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Young male homosexuals and their health: a systematic review. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. AHEAD, p. 0-0, 2014. ISSN 1414-3283.

DA SILVA, A. P. et al. Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada [Knowledge and awareness of vulnerability to hiv/aids among students of a private university]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 5, p. 618-623, 2014. ISSN 0104-3552.

DE ASSIS, S. G.; GOMES, R.; DE OLIVEIRA PIRES, T. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 43-51, 2014. ISSN 1518-8787.

DE OLIVEIRA, J. G. et al. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SEXUAL DOS UNIVERSITÁRIOS DIANTE A

VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 702-724, 2014. ISSN 2318-2660.

DIAS III, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. Supl 1, p. 45-53, 2008.

EVERETT, B. G. Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. **Archives of sexual behavior**, v. 42, n. 2, p. 225-236, 2013. ISSN 0004-0002.

FERNANDES, E. M. **The Swinging Paradigm: An Evaluation of the Marital and Sexual Satisfaction of Swingers**. ProQuest, 2009. ISBN 1109190662.

GIRÓN, S. L. P., HANNIA & MATEUS, JULIO C. HIV sexual risk behaviors in youth 15-24 years of age in Cali, Colombia: Do differences exist among neighborhoods? **Revista Colombia Médica**, v. 44, n. 2, p. 72-79, 2013. ISSN 0120-8322.

HOLLOWAY, I. W. et al. Network influences on the sexual risk behaviors of gay, bisexual and other men who have sex with men using geosocial networking applications. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 2, p. 112-122, 2015. ISSN 1090-7165.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.; PINSKY, I. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). **São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.[Links]**, 2014.

LEHMILLER, J. J. A comparison of sexual health history and practices among monogamous and consensually nonmonogamous sexual partners. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 10, p. 2022-2028, 2015. ISSN 1743-6109.

LEICHLITER, J. S. et al. Temporal trends in sexual behavior among men who have sex with men in the United States, 2002 to 2006–2010. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 63, n. 2, p. 254-258, 2013. ISSN 1525-4135.

LUO, S.; CARTUN, M. A.; SNIDER, A. G. Assessing extradyadic behavior: A review, a new measure, and two new models. **Personality and Individual Differences**, v. 49, n. 3, p. 155-163, 2010. ISSN 0191-8869.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D. Specific problems: Alcohol and HIV/AIDS. In: ANDRADE, A. G. D. e ANTHONY, J. C. (Ed.). **Alcohol and its consequences: dealing with multiple concepts**. 1: Editora Manole Ltda, 2009. p.121-136. ISBN 978-85-98416-81-6.

MARTINS FILHO, T. B. Novas formas de sociabilidade nas metrópoles contemporâneas: uma investigação acerca do uso do Grindr. **Parágrafo: Revista Científica de Comunicação Social da FIAM-FAAM**, v. 2, n. 2, p. 184-199, 2014. ISSN 2317-4919.

MATSICK, J. L. et al. Love and sex: Polyamorous relationships are perceived more favourably than swinging and open relationships. **Psychology & Sexuality**, v. 5, n. 4, p. 339-348, 2014. ISSN 1941-9899.

NASSAR, S.; WRONSCKI, V.; OHIRA, M. SEstatNet-Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [página na internet]. **Florianópolis (SC)**, 2016.

NETO, A. F. **AIDS E Comunicação: Repensando Campanhas e estratégias**. 1996.

_____. AIDS recepção: a contaminação da AIDS pelos discursos sociais. **Revista Famecos**, v. 1, n. 13, 2008.

NEWCOMB, M. E. et al. The effects of sexual partnership and relationship characteristics on three sexual risk variables in young men who have sex with men. **Archives of sexual behavior**, v. 43, n. 1, p. 61-72, 2014. ISSN 0004-0002.

OSWALT, S. B.; WYATT, T. J. Sexual health behaviors and sexual orientation in a US national sample of college students. **Archives of sexual behavior**, v. 42, n. 8, p. 1561-1572, 2013. ISSN 0004-0002.

OUNJIT, W. Prevention Behavior to Sexually Transmitted Diseases and AIDS of University Students. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 112, p. 525-531, 2014. ISSN 1877-0428.

PARKER, R. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/Aids. **Physis**, v. 7, p. 99-108, 1997.

PEREIRA, B. D. S. et al. 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**, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014. ISSN 1413-8123.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe2, p. 1169-1176, 2005. ISSN 1518-8345.

RIBEIRO, M. I. B.; FERNANDES, A. J. G. Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 1, p. 99-113, 2009. ISSN 1645-0086.

RUBIN, J. D. et al. On the margins: Considering diversity among consensually non-monogamous relationships. **Journal für Psychologie**, v. 22, n. 1, 2014. ISSN 2198-6959.

SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011. ISSN 1984-0470.

SCHMITT, D. P. Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. **Behavioral and Brain Sciences**, v. 28, n. 02, p. 247-275, 2005. ISSN 1469-1825.

SHEFF, E.; TESENE, M. M. Consensual non-monogamies in industrialized nations. In: (Ed.). **Handbook of the Sociology of Sexualities**: Springer, 2015. p.223-241.

SHUPER, P. A. et al. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS—a systematic review. **Alcohol and Alcoholism**, v. 45, n. 2, p. 159-166, 2010. ISSN 0735-0414.

SILVA, E. et al. Comportamentos Preventivos e Percepção de Vulnerabilidade ao HIV de Adultos Jovens em Relacionamento Estável. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015.

SILVA, M. C. P. D. **Aids na cibercultura: a midiaticização da doença nas redes sociais online do Ministério da Saúde** 2013.

SJÖBERG, L.; MOEN, B.-E.; RUNDMO, T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. **Rotunde publikasjoner Rotunde**, v. 1, 2004.

SLOVIC, P.; PETERS, E. Risk perception and affect. **Current directions in psychological science**, v. 15, n. 6, p. 322-325, 2006. ISSN 0963-7214.

TEIXEIRA, M. A. P.; CASTRO, G. D.; PICCOLO, L. D. R. Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 211-220, 2007.

TORNELLO, S. L.; RISKIND, R. G.; PATTERSON, C. J. Sexual orientation and sexual and reproductive health among adolescent young women in the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 54, n. 2, p. 160-168, 2014. ISSN 1054-139X.

UNAIDS. **The Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014

_____. **Prevention Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2016

UNITED STATES DEPARTMENT OF, H.; HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE, C.; PREVENTION. **HIV Open Data Project: National HIV Behavioral Surveillance System: Eligibility Screener and Core Questionnaire**: Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR) [distributor] 2013.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, S. A. A. M. H. S. A. **National Substance Abuse, HIV, and Hepatitis Prevention Initiative Cohort 6 - Youth Baseline Questionnaire** 2006.

YOUNG, S. D. J., ALEXANDER H. The Influence of Social Networking Photos on Social Norms and Sexual Health Behaviors. **Cyberpsychol Behav Soc Netw**, v. 16, n. 4, p. 243–247, 2013.

ZOU, H.; FAN, S. Characteristics of Men Who Have Sex With Men Who Use Smartphone Geosocial Networking Applications and Implications for HIV Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Archives of sexual behavior**, p. 1-10, 2016. ISSN 0004-0002.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemia de HIV/AIDS precisa ser compreendida reconhecendo sua complexidade, levando em conta aspectos mundiais e também regionais. Portanto o enfrentamento e a busca de soluções devem partir de pontos de vista multifatoriais, frente às reelaborações constantes das representações da doença. Nesse sentido, a interdisciplinaridade oferece um fórum que agrega conhecimentos e permite uma análise mais ampla que tende a considerar a integralidade do indivíduo e sua inserção no meio.

A presente pesquisa procurou incorporar uma visão interdisciplinar ao abordar aspectos não apenas objetivos, como verificar dados demográficos e conhecimentos sobre HIV/AIDS, mas também associar estas informações a dados mais subjetivos como comportamento e percepção. A análise dos resultados obtidos, no entanto, poderia ser enriquecida com a contribuição de outras disciplinas, o que gera um fator limitante, mas também um convite a outros pesquisadores.

Sobre o processo da pesquisa, ressalta-se a dificuldade da adesão de participantes. Enquanto um questionário online permite maior privacidade e a coleta de dados com maior grau de confiabilidade, não permite identificar indivíduos que ainda assim se sentem desconfortáveis em responder questões de comportamento que possam gerar desconforto. Para futuros estudos que utilizem a mesma metodologia sugere-se uma ferramenta que contabilize o número de acessos ao questionário sem que haja finalização e envio de dados ou

mesmo uma opção em que o entrevistado possa sinalizar que leu as perguntas, mas escolheu não responder.

Apesar de certo grau de homogeneidade da população estudada, considerando que todos os indivíduos cursam ensino superior, observaram-se lacunas entre os conhecimentos, percepções e comportamentos acerca do risco de infecção pelo HIV, em graus variáveis entre subpopulações. Enquanto isso responde a pergunta de pesquisa, também suscita novos questionamentos sobre a razão dessas incongruências, o que suscita novos estudos.

Reconhece-se, portanto, as limitações deste estudo, tendo a compreensão que a população estudada é apenas parte de um todo, cuja complexidade aumenta na medida em que novos grupos são incluídos. Mas espera-se que esse fragmento de conhecimento possa contribuir na prevenção da infecção pelo HIV quando somado ao resultado de outras pesquisas.

Não obstante, ainda que pesquisas científicas como esta tragam junto com suas conclusões inúmeras novas questões, não se pode perder de vista a responsabilidade de extrapolar o conhecimento científico para além de publicações científicas. Esse fator torna-se mais urgente quando se analisa as mudanças constantes nos padrões da epidemia que requerem ações mais rápidas. Dessa forma, acredita-se que os resultados expressos neste trabalho possam sugerir ações para a redução do risco de infecção pelo HIV em universitários, com um provável reflexo positivo também na comunidade.

Por conseguinte, embora se saiba que o conhecimento tem influencia variável na tomada de decisões que podem levar a comportamentos de risco, ainda assim é um fator a ser considerado.

Portanto, contemplando-se as lacunas de conhecimentos identificadas no presente estudo, sugere-se a aproximação de órgãos de saúde as instituições de ensino superior, com inclusão ainda das famílias e comunidade, visando à educação para promoção da saúde e prevenção de DST, incluindo HIV/AIDS.

Esperamos ainda que esse estudo e seus resultados sensibilizem outros pesquisadores a realizar novas pesquisas, em um esforço conjunto na colaboração dos esforços mundiais para atingir a meta proposta pela UNAIDS de erradicar a epidemia de AIDS até o ano de 2030.

REFERENCIAS

ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal Risk-taking and HIV/Aids prevention: a biographical approach to sexual behavior in Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 99-112, 2012. ISSN 1413-8123.

ALKHAMI, A.; SLOVIC, P. A psychological study of attitudes. **Risk Analysis**, v. 14, p. 1085-96, 1994.

ALVAREZ, M. J. Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual. 2005.

ALVES, M. V. D. Q. M. Uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes: perfil de experimentação, uso regular e fatores de risco. Feira de Santana-Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 91, 2014. ISSN 2318-2660.

ANASTÁCIO, Z. Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. 2010. ISSN 0214-9877.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P.; OLIVEIRA, L. G. D. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. **Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2010.

ANTUNES, C. et al. Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 7, n. 1, p. 117-123, 2006. ISSN 1645-0086.

ANTUNES, M. T. C. **Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior**. Formasau, 2007. ISBN 9728485816.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, 2013. ISSN 2176-9230.

AYRES, J. R. D. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: (Ed.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**: Editora 34, 1999. p.sp. ISBN 8573261315.

AYRES, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, p. 121-144, 2003.

BADARÓ, A. F. V. et al. REFLEXÕES ÉTICAS E BIOÉTICAS APONTADAS NAS PESQUISAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Gestão e Saúde**, p. Pag. 2391-2407, 2015. ISSN 1982-4785.

BALOGUN, J. A.; ABIONA, T. C. Psychometric Instruments for Assessing HIV Risk Behaviors of Vulnerable Populations. 2010.

BELL, R. A.; MOLITOR, F.; FLYNN, N. M. Fear of AIDS: Assessment and implications for promoting safer sex. **AIDS and Behavior**, v. 3, n. 2, p. 135-147, 1999. ISSN 1090-7165.

BETIATTO, A. C.; SILVA, F. B. D.; RECKZIEGEL, J. L. Comportamentos sexuais associados à vulnerabilidade para infecção por hiv na era digital. III Simposio Internacional Ciência, Saúde e Trabalho. Lages/SC: UNIPLAC: 695-703 p. 2015.

BEYMER, M. Grindr and other geosocial networking applications: advent of a novel, high-risk sexual market place. 2012 National STD Prevention Conference, 2012. CDC.

BEYMER, M. R. et al. Sex on demand: geosocial networking phone apps and risk of sexually transmitted infections among a cross-sectional sample of men who have sex with men in Los Angeles county. **Sexually transmitted infections**, p. sextrans-2013-051494, 2014. ISSN 1472-3263.

BRASIL, I. B. D. G. E. E.-. Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fornecido em meio eletrônico:[www. ibge. gov. br/home/estatistica/populacao/censo2010/]** Acessado em, v. 20, n. 03, p. 2012, 2010.

_____. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: IBGE Rio de Janeiro 2012.**

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2014.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2014a. (978-85-240-4375-8)

BRASIL, M. D. E. **Decreto nº 5.773/06** 2006.

BRASIL, M. D. S.-. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos - PCAP.** DEPARTAMENTO DE DST, A. E. H. V. 2011.

BRASIL, M. D. S.-. **Boletim Epidemiológico de Aids 2016.** Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde30/11/2016. 2016a

BRASIL, M. D. S.-. Ministério da Saúde promove educação sexual para usuários de aplicativo. 2016b. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/noticia/2016/ministerio-da-saude-promove-educacao-sexual-para-usuarios-de-aplicativo> >. Acesso em: 21/11/2016.

BRASIL, M. D. S. **Vigilância do HIV no Brasil - Novas Diretrizes.** SAÚDE, S. D. P. D. e AIDS, C. N. D. D. E. 2002.

_____. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.** DEPARTAMENTO DE DST, A. E. H. V. 2013a.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Para manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais, 2013b.

_____. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** DEPARTAMENTO DE DST, A. E. H. V.: Ministério da Saúde 2014b.

BRASIL, M. D. T. E. E.-. Emprego e Renda - Salário Mínimo. 2015. Disponível em: < http://portal.mte.gov.br/sal_min/salario-minimo.htm >. Acesso em: 15/08/2015.

BREWER, N. T. et al. Risk perceptions and their relation to risk behavior. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 27, n. 2, p. 125-130, 2004. ISSN 0883-6612.

BROWN, M. J.; PUGSLEY, R.; COHEN, S. A. Meeting sex partners through the Internet, risky sexual behavior, and HIV testing among sexually transmitted infections clinic patients. **Archives of sexual behavior**, v. 44, n. 2, p. 509-519, 2015. ISSN 0004-0002.

BRUM, L. M.; MORAIS, M. R.; ROSO, A. RELAÇÕES CONJUGAIS E HIV/AIDS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS. **Jornada de Pesquisa em Psicologia**, 2012. ISSN 2237-9207.

CABESTRÉ, S. A. A divulgação de informações sobre a AIDS na imprensa. **Jornal da Cidade/Bauru**, 1996.

CALVETTI, P. Ü. et al. PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS EM DST, HIV E AIDS: DESCRIÇÃO. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 3, p. 177-180, 2005.

CAMILO, C.; LIMA, M. L. No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 28, n. 2, p. 140-154, 2010. ISSN 0870-9025.

CAMPOS, C. G. A. P. D. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 310-319, 2014. ISSN 1415-2762.

CAREY, M. P.; SCHRODER, K. E. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. **AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education**, v. 14, n. 2, p. 172, 2002.

CASE, K. K. et al. Understanding the modes of transmission model of new HIV infection and its use in prevention planning. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 11, p. 831-838A, 2012. ISSN 0042-9686.

CHOW, E. P. et al. Risk Practices in the Era of Smartphone Apps for Meeting Partners: A Cross-Sectional Study Among Men Who Have Sex with Men in Melbourne, Australia. **AIDS patient care and STDs**, v. 30, n. 4, p. 151-154, 2016. ISSN 1087-2914.

COELHO, M. T. Á. D. et al. Informações sobre o HIV/AIDS e o comportamento de estudantes universitários. 2013. ISSN 2316-3844.

CONLEY, T. D. et al. Condom use errors among sexually unfaithful and consensually nonmonogamous individuals. **Sexual health**, v. 10, n. 5, p. 463-464, 2013. ISSN 1449-8987.

CONLEY, T. D. et al. A critical examination of popular assumptions about the benefits and outcomes of monogamous relationships. **Personality and Social Psychology Review**, p. 1088868312467087, 2012. ISSN 1088-8683.

CONNOLLY, C. G. et al. Altered Functional Response to Risky Choice in HIV Infection. **PLoS one**, v. 9, n. 10, p. e111583, 2014. ISSN 1932-6203.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1149-1158, 2010. ISSN 1413-8123.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Young male homosexuals and their health: a systematic review. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. AHEAD, p. 0-0, 2014. ISSN 1414-3283.

DA SILVA, A. P. et al. Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada [Knowledge and awareness of vulnerability to hiv/aids among students of a private university]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 5, p. 618-623, 2014. ISSN 0104-3552.

DANEBACK, K.; MÅNSSON, S.-A.; ROSS, M. Using the Internet to find offline sex partners. **CyberPsychology & Behavior**, v. 10, n. 1, p. 100-107, 2007. ISSN 1094-9313.

DE ASSIS, S. G.; GOMES, R.; DE OLIVEIRA PIRES, T. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 43-51, 2014. ISSN 1518-8787.

DE COCKA, K. M.; JAFFEA, H. W.; CURRANB, J. W. The Evolving Epidemiology of HIV/AIDS. **AIDS (London)**, v. 26, n. 13, p. 1205–1213, 2012.

DE OLIVEIRA, J. G. et al. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SEXUAL DOS UNIVERSITÁRIOS DIANTE A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 702-724, 2014. ISSN 2318-2660.

DIAS III, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. Supl 1, p. 45-53, 2008.

ERICSSON, C.-. **The Networked life**. Ericsson. 2015

EVERETT, B. G. Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. **Archives of sexual behavior**, v. 42, n. 2, p. 225-236, 2013. ISSN 0004-0002.

FERNANDES, E. M. **The Swinging Paradigm: An Evaluation of the Marital and Sexual Satisfaction of Swingers**. ProQuest, 2009. ISBN 1109190662.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. Supl 1, p. 65-71, 2008.

GALLAGHER, K. M. et al. Behavioral surveillance among people at risk for HIV infection in the US: the National HIV Behavioral Surveillance System. **Public health reports**, v. 122, n. Suppl 1, p. 32, 2007.

GIRÓN, S. L. P., HANNIA & MATEUS, JULIO C. HIV sexual risk behaviors in youth 15-24 years of age in Cali, Colombia: Do differences exist among neighborhoods? **Revista Colombia Médica**, v. 44, n. 2, p. 72-79, 2013. ISSN 0120-8322.

GRAY, P. B.; GARCIA, J. R. Evolution and human sexual behavior. **History and Anthropology**, v. 24, n. 4, p. 513-515, 2013.

GREENBLATT, R. M.; HESSOL, N. A. Epidemiology and natural history of HIV infection in women. **A guide to the clinical care of women with HIV. Preliminary Edition, US Government Printing Office, Washington DC**, p. 1-33, 2000.

GREENE, W. C. A history of AIDS: looking back to see ahead. **European journal of immunology**, v. 37, n. S1, p. S94-S102, 2007. ISSN 1521-4141.

GRINDR. **Learn More** 2015.

GSMA-INTELLIGENCE. The Mobile Economy 2015. 2015. Disponible en: http://www.gsma-mobileeconomy.com/GSMA_Global_Mobile_Economy_Report_2015.pdf. >

HARRIES, A. D.; MAHER, D.; GRAHAM, S. **TB/HIV: a clinical manual**. World Health Organization, 2004. ISBN 9241546344.

HENRICH, R.; TRAWINSKI, C. Social and therapeutic challenges facing polyamorous clients. **Sexual and Relationship Therapy**, p. 1-15, 2016. ISSN 1468-1994.

HOLLOWAY, I. W. et al. Network influences on the sexual risk behaviors of gay, bisexual and other men who have sex with men using

geosocial networking applications. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 2, p. 112-122, 2015. ISSN 1090-7165.

HORNET. Hornet. 2016. Disponível em: < <https://hornetapp.com/> >. Acesso em: 21/11/2016.

INTERNET-WORLD-STATS. **Internet usage statistics: the internet big picture, world internet users and 2015 population stats 2015**.

JOHNSON, C. et al. Realizing the Potential for HIV Self-Testing. **AIDS and Behavior**, v. 18, n. 4, p. 391-395, 2014. ISSN 1090-7165.

KOTTOW, M. H.; GARrafa, V.; PESSINI, L. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. **Bioética: poder e injustiça**, p. 71-78, 2003.

KUCHENBECKER, R. What is the benefit of the biomedical and behavioral interventions in preventing HIV transmission? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 26-42, 2015. ISSN 1415-790X.

LACKNER, A. A.; VEAZEY, R. S. Current concepts in AIDS pathogenesis: insights from the SIV/macaque model. **Annu. Rev. Med.**, v. 58, p. 461-476, 2007. ISSN 0066-4219.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.; PINSKY, I. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). **São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.[Links]**, 2014.

LEHMILLER, J. J. A comparison of sexual health history and practices among monogamous and consensually nonmonogamous sexual partners. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 10, p. 2022-2028, 2015. ISSN 1743-6109.

LEICHLITER, J. S. et al. Temporal trends in sexual behavior among men who have sex with men in the United States, 2002 to 2006–2010. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 63, n. 2, p. 254-258, 2013. ISSN 1525-4135.

LUO, S.; CARTUN, M. A.; SNIDER, A. G. Assessing extradyadic behavior: A review, a new measure, and two new models. **Personality and Individual Differences**, v. 49, n. 3, p. 155-163, 2010. ISSN 0191-8869.

MALBERGIER, A. Qual a melhor opção: desenvolver questionários nacionais ou traduzir e validar questionários internacionais? **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. 4, p. 202, 2002.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D. Specific problems: Alcohol and HIV/AIDS. In: ANDRADE, A. G. D. e ANTHONY, J. C. (Ed.). **Alcohol and its consequences: dealing with multiple concepts**. 1: Editora Manole Ltda, 2009. p.121-136. ISBN 978-85-98416-81-6.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 136-46, 2011.

MAN, W. et al. Sexual risk behaviour, marriage and ART: a study of HIV-positive people in Papua New Guinea. **AIDS Res Ther**, v. 10, n. 1, p. 17, 2013.

MANSERGH, G.; KOBLIN, B. A.; SULLIVAN, P. S. Challenges for HIV Pre-Exposure Prophylaxis among Men Who Have Sex with Men in the United States. **PLoS Med**, v. 9, n. 8, p. e1001286, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1001286> >.

MARTINS FILHO, T. B. Novas formas de sociabilidade nas metrópoles contemporâneas: uma investigação acerca do uso do Grindr. **Parágrafo: Revista Científica de Comunicação Social da FIAM-FAAM**, v. 2, n. 2, p. 184-199, 2014. ISSN 2317-4919.

MATOS, E. B. D.; VEIGA, R. T.; REIS, Z. S. N. Condom use intention among young students in Belo Horizonte: an alert to gynecologists. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 574-580, 2009. ISSN 0100-7203.

MATSICK, J. L. et al. Love and sex: Polyamorous relationships are perceived more favourably than swinging and open relationships. **Psychology & Sexuality**, v. 5, n. 4, p. 339-348, 2014. ISSN 1941-9899.

MONTAGNIER, L. A History of HIV Discovery. **Science**, v. 298, n. 5599, p. 1727-1728, 2002. ISSN 10.1126.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Alcoholic beverage consumption among adults: sociodemographic characteristics and trends. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 61-70, 2011. ISSN 1415-790X.

NASSAR, S.; WRONSCKI, V.; OHIRA, M. SEstatNet-Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [página na internet]. **Florianópolis (SC)**, 2011.

NAVARRO, M. B. D. A.; CARDOSO, T. A. O. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. **Ciências & Cognição**, v. 5, n. 1, p. 67-72, 2005. ISSN 1806-5821.

NERI, M. C. De volta ao país do futuro: crise europeia, projeções e a nova classe média. **Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas**, 2012.

NETO, A. F. **Mortes em derrapagem: os casos Corona e Cazuza: no discurso da comunicação de massa.** Rio Fundo Editora, 1991. ISBN 858529728X.

NETO, A. F. **AIDS E Comunicação: Repensando Campanhas e estratégias.** 1996.

_____. AIDS recepção: a contaminação da AIDS pelos discursos sociais. **Revista Famecos**, v. 1, n. 13, 2008.

NETO, M.; CARDOSO, O.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 2, p. 100-111, 2012. ISSN 1983-3482.

NEWCOMB, M. E. et al. The effects of sexual partnership and relationship characteristics on three sexual risk variables in young men who have sex with men. **Archives of sexual behavior**, v. 43, n. 1, p. 61-72, 2014. ISSN 0004-0002.

NEWMAN, K. et al. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 142-50, 2008. ISSN 0104-1169. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18392544> >.

NUNES, T. N. Cazuza: O Caso da Veja 1.077–Análise ética do discurso da revista Veja sobre a doença e morte de Agenor de Miranda Araujo Neto1. **REBEJ**, 2010.

OLTEDAL, S. et al. Explaining risk perception: An evaluation of cultural theory. **Trondheim: Norwegian University of Science and Technology**, v. 85, p. 1-33, 2004.

OSWALT, S. B.; WYATT, T. J. Sexual health behaviors and sexual orientation in a US national sample of college students. **Archives of sexual behavior**, v. 42, n. 8, p. 1561-1572, 2013. ISSN 0004-0002.

OUNJIT, W. Prevention Behavior to Sexually Transmitted Diseases and AIDS of University Students. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 112, p. 525-531, 2014. ISSN 1877-0428.

PARKER, R. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/Aids. **Physis**, v. 7, p. 99-108, 1997.

PECHANSKY, F. Resposta à carta ao editor—Qual a melhor opção: desenvolver questionários nacionais ou traduzir e validar questionários internacionais?“sobre o artigo—Adaptação e validação de um questionário sobre comportamentos de risco para Aids em usuários de droga em Porto Alegre “. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 4, p. 203-203, 2002. ISSN 1516-4446.

PELEGE, P.; PICOD, C. Eduquer à la sexualité, un enjeu de société, Paris. **Editons Dunod-Collection Enfances**, 2006.

PEREIRA, B. D. S. et al. 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**, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014. ISSN 1413-8123.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe2, p. 1169-1176, 2005. ISSN 1518-8345.

PINKERTON, S. D. How many sexually-acquired HIV infections in the USA are due to acute-phase HIV transmission? **AIDS (London, England)**, v. 21, n. 12, p. 1625, 2007.

PIOT, P.; QUINN, T. C. Response to the AIDS pandemic—a global health model. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 23, p. 2210-2218, 2013. ISSN 0028-4793.

PRESTAGE, G. et al. Is optimism enough? Gay men's beliefs about HIV and their perspectives on risk and pleasure. **Sexually transmitted diseases**, v. 39, n. 3, p. 167-172, 2012. ISSN 0148-5717.

RAMIS, T. R. M., G. I.; HABEYCHE, E. C.; OLIZ, M. M.; AZEVEDO, M.R.; HALLAL, P.C. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 2, p. 376-85, 2012.

RENNER, B. et al. Risk perception, risk communication and health behavior change: Health psychology at the University of Konstanz. **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie**, v. 16, n. 3, p. 150-153, 2008. ISSN 0943-8149.

RIBEIRO, M. I. B.; FERNANDES, A. J. G. Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 1, p. 99-113, 2009. ISSN 1645-0086.

RICE, E. et al. Sex risk among young men who have sex with men who use Grindr, a smartphone geosocial networking application. **Journal of AIDS & Clinical Research**, 2012.

RIGG, K. The Connection Between MDMA (ecstasy/molly) Use and Sexual Risk Taking: Implications for HIV Prevention. 2014 National STD Prevention Conference, 2014. CDC.

RUBIN, J. D. et al. On the margins: Considering diversity among consensually non-monogamous relationships. **Journal für Psychologie**, v. 22, n. 1, 2014. ISSN 2198-6959.

SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011. ISSN 1984-0470.

SCHMITT, D. P. Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. **Behavioral and Brain Sciences**, v. 28, n. 02, p. 247-275, 2005. ISSN 1469-1825.

SHARP, P. M.; HAHN, B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic. **Cold Spring Harbor perspectives in medicine**, v. 1, n. 1, p. a006841, 2011. ISSN 2157-1422.

SHEFF, E.; TESENE, M. M. Consensual non-monogamies in industrialized nations. In: (Ed.). **Handbook of the Sociology of Sexualities**: Springer, 2015. p.223-241.

SHELTON, J. D. et al. Partner reduction is crucial for balanced “ABC” approach to HIV prevention. **BMJ: British Medical Journal**, v. 328, n. 7444, p. 891, 2004.

SHUPER, P. A. et al. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS—a systematic review. **Alcohol and Alcoholism**, v. 45, n. 2, p. 159-166, 2010. ISSN 0735-0414.

SIEMENS, G. Connectivism: A learning theory for the digital age. 2014.

SILVA, E. et al. Comportamentos Preventivos e Percepção de Vulnerabilidade ao HIV de Adultos Jovens em Relacionamento Estável. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015.

SILVA, M. C. P. D. **Aids na cibercultura: a midiaticização da doença nas redes sociais online do Ministério da Saúde** 2013.

SINGER, M. et al. Doubts remain, risks persist: HIV prevention knowledge and HIV testing among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. **Substance use & misuse**, v. 46, n. 4, p. 511-522, 2011. ISSN 1082-6084.

SITKIN, S. B.; WEINGART, L. R. Determinants of risky decision-making behavior: A test of the mediating role of risk perceptions and propensity. **Academy of management Journal**, v. 38, n. 6, p. 1573-1592, 1995. ISSN 0001-4273.

SJÖBERG, L.; MOEN, B.-E.; RUNDMO, T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. **Rotunde publikasjoner Rotunde**, v. 1, 2004.

SLAYMAKER, E. et al. Unsafe sex. **Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors**, p. 1177-254, 2004.

SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**, v. 236, n. 4799, p. 280-285, 1987. ISSN 0036-8075.

SLOVIC, P.; PETERS, E. Risk perception and affect. **Current directions in psychological science**, v. 15, n. 6, p. 322-325, 2006. ISSN 0963-7214.

TAGIAROLI, G. **Brasil tem 10 milhões de usuários do Tinder; criador explica sucesso do app** 2014.

TEIXEIRA, M. A. P.; CASTRO, G. D.; PICCOLO, L. D. R. Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 211-220, 2007.

TINDER. Terms of Use. 2016. Disponível em: < <https://www.gotinder.com/terms> >. Acesso em: 21/11/2016.

TORNELLO, S. L.; RISKIND, R. G.; PATTERSON, C. J. Sexual orientation and sexual and reproductive health among adolescent young women in the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 54, n. 2, p. 160-168, 2014. ISSN 1054-139X.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 254-269, 2012. ISSN 1983-8220.

UNAIDS. **Fast-track: ending the AIDS epidemic by 2030**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014a

_____. **The Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014b

_____. **Prevention Gap Report**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2016

UNITED STATES DEPARTMENT OF, H.; HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE, C.; PREVENTION. **HIV Open Data Project: National HIV Behavioral Surveillance System: Eligibility Screener and Core Questionnaire**: Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR) [distributor] 2013.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, S. A. A. M. H. S. A. **National Substance Abuse, HIV, and Hepatitis Prevention Initiative Cohort 6 - Youth Baseline Questionnaire** 2006.

UNODC. **World Drug Report 2013**: United Nations Publication Vienna 2013.

VALDISERRI, R. O. Commentary: thirty years of AIDS in America: a story of infinite hope. **AIDS Education and Prevention**, v. 23, n. 6, p. 479-494, 2011. ISSN 0899-9546.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E. D.; JÚNIOR, V. F. S. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. **XIII SEMEAD Seminários em administração**, 2010.

WEBER, E. U.; MILLIMAN, R. A. Perceived risk attitudes: Relating risk perception to risky choice. **Management Science**, v. 43, n. 2, p. 123-144, 1997. ISSN 0025-1909.

WHO, W. H. O.-. **Sexually transmitted infections: Issues in adolescent health and development**. Retrieved September 12: 2010 p. 2004.

YOUNG, S. D. J., ALEXANDER H. The Influence of Social Networking Photos on Social Norms and Sexual Health Behaviors. **Cyberpsychol Behav Soc Netw**, v. 16, n. 4, p. 243–247, 2013.

ZEITOUNE, R. C. G. et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc Anna Nery**. [periódico na Internet], v. 16, n. 1, p. 57-63, 2012.

ZOU, H.; FAN, S. Characteristics of Men Who Have Sex With Men Who Use Smartphone Geosocial Networking Applications and Implications for HIV Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Archives of sexual behavior**, p. 1-10, 2016. ISSN 0004-0002.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Declaro estar de acordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DE UNIVERSITÁRIOS FRENTE AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado, realizada pelo aluno André Carlos Bettiato (Farmacêutico) e Coordenado pela Professora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (Enfermeira) que pretende estabelecer relação entre comportamento e percepção de risco para a infecção pelo HIV de estudantes universitários.
2. A pesquisa é importante de ser realizada pois, segundo o último relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), cerca de 35 milhões de pessoas no mundo estavam vivendo com o vírus ao final de 2013, sendo que mais da metade desse número não sabe que está infectado (UNAIDS, 2014b). Com prevalência e incidência variando bastante entre diferentes países, o Brasil apresentou uma taxa de novos casos de 11% entre os anos de 2005 e 2013, tendência contrária aos números globais, que apresentaram queda de 27,5%, sendo que pelo menos um terço das novas infecções ocorre em jovens com idade entre 15 anos e 24 anos (UNAIDS, 2014b). Estima-se que

aproximadamente 30% da população brasileira estejam nessa faixa etária e é importante ressaltar que segundo os dados do Censo de Educação Superior (CENSUP) de 2012, o percentual de pessoas frequentando a educação superior representa quase 30% da população brasileira que tem entre 18 e 24 anos (CENSUP, 2012).

3. Participação da pesquisa: 346 alunos de graduação devidamente matriculados nas universidades escolhidas como local de pesquisa, que aceitem participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, clicando no botão “Aceito” abaixo, e finalizem a preenchimento do questionário. Uma vez iniciado o questionário, o participante poderá desistir de finalizá-lo ou enviar qualquer dado apenas fechando o navegador em seu computador, tablet ou smartphone.
4. A pesquisa será realizada através de um questionário online, que não envolve a identificação dos pesquisados, garantindo dessa forma a privacidade dos mesmos. O questionário autoaplicável está dividido em quatro partes. A primeira parte foca em dados sociais, econômicos, ambientais e culturais da amostra selecionada, buscando entender o contexto em que esses indivíduos vivem. A segunda é uma tradução e adaptação, autorizada pelo autor através de contato por e-mail, de instrumentos de pesquisa validados (CAREY; SCHRODER, 2002; UNITED STATES DEPARTMENT OF et al., 2013)(CAREY; SCHRODER, 2002; UNITED STATES DEPARTMENT OF et al., 2013)(CAREY; SCHRODER, 2002; UNITED STATES DEPARTMENT OF et al., 2013) que têm sido usados em várias pesquisas para avaliar o conhecimento e a percepção sobre HIV/AIDS, em estudos nacionais e internacionais. Finalmente, a terceira e quarta partes investigam sobre possíveis comportamentos de risco dos indivíduos em relação à infecção pelo HIV e a percepção dos entrevistados sobre tais riscos, levando em consideração dados encontrados na literatura e questionários internacionais.
5. Estima-se que o tempo necessário para o preenchimento do questionário é de cerca de 10 minutos.
6. A pesquisa não oferece riscos à integridade física dos participantes, mas pode suscitar sensibilidade e questionamentos, que exijam esclarecimentos. Para suprir

essa demanda o Centro de Aconselhamento e Testagem para HIV/AIDS do município de Lages, se coloca a disposição, a pedido dos pesquisadores, a atender participantes que necessitem de um cuidado profissional e assistência de referência. Ainda, com o intuito de elucidar dúvidas, ao fim do questionário, os participantes serão encaminhados a um folder on-line com informações relevantes tratadas no questionário sobre a prevenção do HIV/AIDS.

7. A pesquisa é importante de ser realizada pois deve trazer como benefício, o entendimento da alta taxa de novos casos de infecção por HIV na faixa etária entre 18 e 24 anos, através de pesquisa adaptada às necessidades regionais, pode contribuir para elaboração de ferramentas que visem à promoção e proteção da saúde, em consonância com os esforços mundiais para erradicar a epidemia de AIDS até o ano de 2030, propostos pela UNAIDS. Como benefício particular ao pesquisado, o levantamento de questionamentos em relação aos assuntos abordados na pesquisa pode incentivar a busca de conhecimentos que contribuam para a promoção a saúde, como formas de prevenção à infecção pelo HIV.
8. Se houver algum problema ou necessidade, posso buscar assistência Centro de Aconselhamento e Testagem para HIV/AIDS do município de Lages, sito à Rua Leoberto Leal, 20, Centro, Lages/SC telefone de contato (49)32241000.
9. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – julianalessmann@gmail.com 48 – 91673838 ou a Profa. Dra. Bruna Fernanda Silva – brusilvabio@gmail.com 49 – 99060705 ou o mestrando (48) ANDRÉ CARLOS BETIATTO, (49) 8425-0267, ou pelo email go2themax@hotmail.com.
10. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
11. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Fica desde já assegurado o ressarcimento em caso de quebra de sigilo.

12. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, poderei entrar em contato com os pesquisadores, solicitando uma cópia do trabalho, que também deverá ser publicado em periódico científico e deixado à disposição na biblioteca da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), no repositório, usando critérios de busca os nomes dos autores responsáveis pela pesquisa ou pelo nome da pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa, clicando o botão “Aceito” abaixo ou “Não Aceito”, caso não deseje participar.

SIM, ACEITO

NÃO ACEITO

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

André Carlos Bettiato

Endereço institucional para Contato:

UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense

Setor: Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226.

Bairro Universitário

Cep: 88.509-900, Lages-SC

(49) 3251- 1143

Comitê de Ética em Pesquisa UNIPLAC

(49) 3251-1086

Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

APÊNDICE B: FORMULÁRIOS DE COLETA DE DADOS

Questionário

Parte 1 – Dados Socioeconômicos e Ambientais

01 – Qual sua idade? _____

02 – Qual o curso de Graduação em que você está matriculado?

03 – Que semestre está cursando? _____

04 – Qual seu sexo biológico? (Sexo com o qual você foi registrado ao nascer)

 Masculino Feminino

05 – Qual sua religião?

 Católica Apostólica Romana Evangélica Espírita Não sigo nenhuma religião Outra: _____

06 – Qual Sua renda familiar mensal?

 Mais de R\$ 11.820,00 De R\$ 3941,00 a R\$ 11.820,00 De R\$ 2.365,00 a R\$ 3.940,00 De R\$ 789,00 a R\$ 2.364,00 Até R\$ 788,00

07 – Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

08 - Precisou mudar de cidade para cursar o ensino superior?

 Sim Não

09 – Segundo sua percepção, qual sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Assexual
- Não Sei

10 – Com quem você reside atualmente?

- Sozinho
- Com pais e/ou parentes
- Com cônjuge e/ou filhos
- Com outras pessoas (incluindo república)
- Outro _____

11 - Quais desses itens você utiliza e/ou possui em sua casa? (assinale mais de uma opção, se necessário)

- Aparelho de T.V.
- T.V. a cabo
- Acesso a internet
- Computador
- Tablet*
- Smartphone*

12 - Com quem você costuma falar sobre sexualidade ou assuntos relacionados (escolha mais de uma opção se necessário):

- Seus pais
- Parceiro(a)
- Seus amigos (as)
- Professores
- Chats na internet
- Profissionais de saúde
- Não falo com ninguém sobre esses assuntos

Parte 2 – Conhecimento sobre HIV/AIDS

Observe as observações abaixo e escolha apenas uma opção para cada uma delas:

01 - AIDS e HIV significam a mesma coisa.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

02 – Existe cura para AIDS.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

03 – Uma pessoa pode contrair o HIV através de contato com saliva, lágrimas, suor ou urina.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

04 – Retirar o pênis antes que o homem ejacule evita que a mulher contraia o HIV durante a relação sexual

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

05 – Uma mulher pode contrair HIV se ela fizer sexo anal com um homem.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

06 – Lavar os órgãos genitais após uma relação sexual evita que a pessoa contraia HIV.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

07 – Usar preservativo pode reduzir as chances de alguém contrair HIV.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

08 – Uma pessoa com HIV pode ter aparência saudável e se sentir saudável.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

09 – Uma pessoa pode estar infectada com HIV por 5 anos ou mais sem desenvolver AIDS.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

10 – Alguns medicamentos foram desenvolvidos para o tratamento da AIDS.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

11 – Mulheres são sempre testadas para infecção por HIV durante o exame preventivo de colo de útero.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

12 – Uma pessoa não pode contrair HIV fazendo sexo oral (boca- pênis) em um homem infectado por HIV.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

13 – Uma pessoa pode contrair HIV mesmo tendo apenas uma relação sexual.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

14 – Ter relações sexuais com mais de um(a) parceiro(a) pode aumentar as chances de contrair HIV.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

15 – Uma pessoa não vai contrair HIV se estiver tomando antibiótico.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

16 – Fazer o teste para HIV após uma semana de uma relação sexual sem proteção irá dizer se a pessoa contraiu HIV naquela relação.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

17 – Uma pessoa pode contrair HIV através da secreção vaginal de uma mulher.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

18 – Uma pessoa pode contrair HIV fazendo sexo oral (boca-vagina) em uma mulher.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

19 – Se uma pessoa for diagnosticada positiva para HIV, então o local de exame terá que contar a todos(as) parceiros(as) dessa pessoa

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

20 - Mulheres não podem contrair HIV se tiverem relações sexuais durante seu período menstrual.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

21 – Uma mulher pode contrair HIV se fizer sexo vaginal com um homem que tem HIV.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

22 – O tratamento com o coquetel anti-HIV em pessoas infectadas pelo HIV reduz a chance dessas pessoas transmitirem o vírus para um(a) parceiro(a) sexual.

- Verdadeiro

- Falso
- Não sei

23 - É uma forma de prevenção da infecção pelo HIV a utilização dos medicamentos que fazem parte do coquetel utilizado no tratamento da AIDS, em pessoas que possam ter entrado em contato com o HIV dentro de um prazo de 72 horas.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

24 - Indivíduos que tenham comportamentos de risco mais frequentes podem se prevenir de contrair HIV tomando um medicamento antirretroviral, que também é usado para o tratamento de indivíduos já infectados.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

Parte 3 – Comportamentos e Fatores de Risco para Infecção pelo HIV

01 - Você já teve algum tipo de relação sexual (vaginal, anal ou oral)?

- Sim
- Não (Pular para pergunta 20)

02 – Com qual idade você teve sua primeira relação sexual? _____

03 – Usou preservativo em sua primeira relação sexual?

- Sim
- Não
- Não lembro

04 - Uma aparência saudável do parceiro é fator determinante para você decidir se vai usar preservativo durante a relação sexual?

- Sim
- Não

05 – Você tem um(a) parceiro(a) fixo(a) com quem tem relações sexuais?

- Sim
- Não

06 – Qual o tipo ou dinâmica de seu relacionamento em relação a envolvimento com outras pessoas ?

- Estou em um relacionamento monogâmico
- Estou em um relacionamento aberto (não monogâmico)
- Não se aplica

07 - Com qual frequência você usa preservativo nas relações sexuais com esse parceiro(a)?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

08 – Você se sente constrangido(a) em solicitar o seu(ua) parceiro(a) o uso de preservativo durante a relação sexual?

- Sim
- Não
- Não se aplica

09 – Você e seu(sua) parceiro(a) já convidaram uma terceira pessoa para ter relações sexuais com vocês?

- Sim
- Não
- Não se aplica

10 – Usaram preservativo nessa situação?

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

11 - Caso mais de uma pessoa tenha sido penetrada, em sexo anal ou vaginal, houve troca de preservativo entre as penetrações?

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

12 – Você já teve relações sexuais fora de seu relacionamento atual?

- Sim
- Não
- Não se aplica

13 – Com que frequência você costuma usar preservativo nesses casos?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

14 – Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não (pular para pergunta 17)

15 – Com quantos parceiros diferentes você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?_____

16 – Com qual frequência você utilizou preservativo durante essas relações?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

17 – Já teve relações sexuais com um(a) profissional do sexo?

- Sim
- Não (pular para pergunta 20)

18 – Com qual frequência você procura esse tipo de serviço?

- Foi apenas uma vez
- Raramente
- Eventualmente
- Regularmente
- Não se aplica

19 - Nessas relações com profissionais do sexo, com que frequência você costuma usar preservativo?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

20 – Você tem tatuagem(s) ou piercing(s)?

- Sim
- Não (pular para pergunta 22)

21 - Verificou se o equipamento utilizado durante a aplicação da tatuagem ou do piercing eram esterilizados?

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

22 – Você tem o hábito de consumir bebidas alcoólicas?

- Sim
- Não (Pular para pergunta 25)

23 – Já teve relações sexuais sob o efeito de bebidas alcoólicas? (se você nunca teve relações sexuais avance para a questão 25)

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

24 – Usou preservativo nessa(s) relação(ões)?

- Sim
- Não
- Não lembro

25 – Você já fez uso de drogas injetáveis (incluindo anabolizantes)?

- Sim
- Não (Pular para questão 27)

26 – Você costuma compartilhar seringas e agulhas com outras pessoas?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

27 – Você já fez uso de drogas ilícitas?

- Sim
- Não (Pular para questão 30)

28 - Já teve relação sexual sob efeito de drogas ilícitas? (se você nunca teve relações sexuais avance para a questão 30)

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

29 – Usou preservativo nessa(s) relação(ões) sexual(ais)?

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não se aplica

30 - Você costuma usar sites de relacionamento, chats na internet ou aplicativos de 'paquera' no celular para encontrar pessoas?

- Sim
- Não
- Desconheço a existência desses recursos

31 - Já teve relações sexuais com pessoa(s) que você tenha conhecido através de *chats* na internet, sites de relacionamento ou aplicativos de 'paquera' no celular? (se você nunca teve relações sexuais avance para a questão 34)

- Sim
- Não
- Não se aplica

32 - Com quantas pessoas que você conheceu dessa forma, você teve relações sexuais nos últimos 12(doze) meses? _____

33 - Nessas relações sexuais, com qual frequência você usa preservativo?

- Nunca
- Quase nunca
- Quase sempre
- Sempre
- Não se aplica

34 – Você já sofreu abuso sexual?

- Sim
- Não (pule para questão 36)
- Não tenho certeza

35 - Procurou ou foi encaminhado(a) para aconselhamento em algum sistema de saúde sobre o risco de infecção por HIV nessa situação?

- Sim
- Não
- Não se aplica

36 - Conhece os serviços oferecidos pelos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS do SUS?

- Sim
- Não

37 – Você já fez ou faz uso de Profilaxia Pré-exposição (uso de remédios antirretrovirais por pessoas que não têm HIV)?

- Sim
- Não

38 - Você já fez ou faz uso de Profilaxia Pós-exposição (uso de remédios antirretrovirais para pessoas que tiveram exposição de risco para contaminação pelo HIV)?

- Sim
- Não

Parte 4 – Percepção de Risco

01 – Você já fez teste para a detecção de HIV?

- Sim Não

02 – Se não, qual o motivo de nunca ter feito?

- Vergonha
- Medo do resultado
- Você tem certeza que não está infectado
- Não se aplica

03 – Como você classifica suas chances de contrair o HIV?

- Impossível
- Praticamente impossível
- Provável
- Muito provável

04 – Você tem medo de contrair o HIV?

- Sim
- Não

05 - Qual o principal motivo da sua resposta na pergunta anterior?


(Assinale apenas uma alternativa)

- Abstinência sexual (não tem relações sexuais)
- Tem apenas um(a) parceiro(a) sexual e ele(a) é fiel
- Sempre usa preservativo
- Não compartilha agulhas
- Não existe AIDS
- Embora não exista cura, já existe tratamento para AIDS
- Não vai acontecer comigo
- Parceiro(a) já está infectado
- Tem múltiplos parceiros
- Tem relações sexuais sem preservativo
- Usa drogas
- Acidente de trabalho
- Violência sexual

**APÊNDICE C: GABARITO DA ‘PARTE 2’ DO QUESTIONÁRIO –
CONHECIMENTOS SOBRE HIV/AIDS**

Questão	Resposta correta
1	Falso
2	Falso
3	Falso
4	Falso
5	Verdadeiro
6	Falso
7	Verdadeiro
8	Falso
9	Verdadeiro
10	Verdadeiro
11	Verdadeiro
12	Verdadeiro
13	Falso
14	Falso
15	Verdadeiro
16	Verdadeiro
17	Falso
18	Falso
19	Verdadeiro
20	Verdadeiro
21	Falso
22	Falso
23	Verdadeiro
24	Verdadeiro
25	Verdadeiro
26	Verdadeiro
27	Verdadeiro

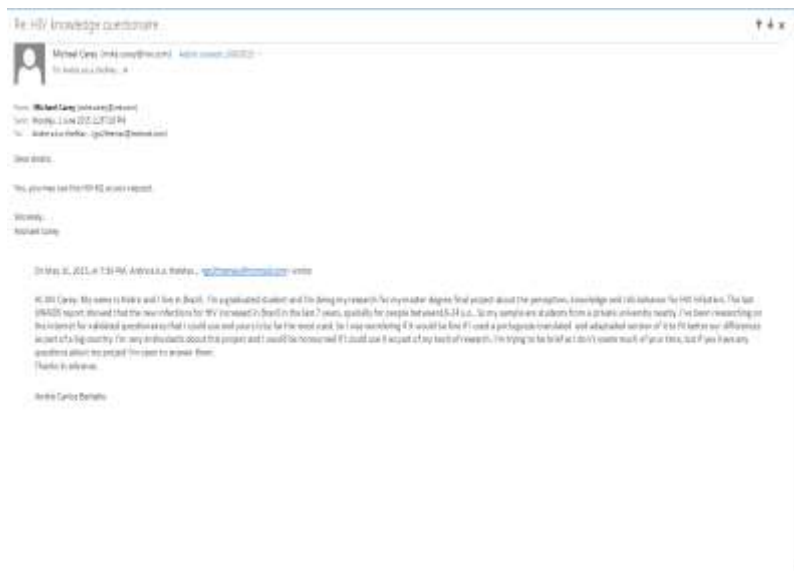
APÊNDICE D: FOLDER COM INFORMAÇÕES SOBRE HIV/AIDS PÓS-QUESTIONÁRIO

<p>Prevenção é sua melhor</p>  <p>defesa</p> <p>HIV/AIDS – Verdades & Mitos</p> <p>HIV se refere ao “Vírus da Imunodeficiência Humana”, o causador da “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, mais conhecida por AIDS. Não são, portanto, a mesma coisa.</p> <p>Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus do HIV das seguintes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Através de relações sexuais (vaginal, anal ou oral) sem preservativo com uma pessoa infectada pelo vírus.; - Através do compartilhamento de seringas e instrumentos perfuro cortantes, seja por usuários de drogas injetáveis (incluindo anabolizantes) ou em tratamentos cirúrgicos ou estéticos, como tatuagens e piercings, entre outros; - De mãe para filho durante a 	<p>Esclarecendo questões do questionário sobre Conhecimento sobre HIV/AIDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uma pessoa pode contrair HIV mesmo que esteja usando antibióticos, que lave as partes íntimas após relações sexuais, que o homem retire o pênis antes de ejacular ou lave equipamentos de injeção, que serão compartilhados, com água fria; - O HIV é um vírus que ataca o sistema de defesa do organismo, o que pode causar a AIDS, estágio em que o sistema de defesa está tão debilitado, que fica susceptível a infecções oportunistas. Uma pessoa pode com HIV pode conviver com o vírus por vários anos sem desenvolver AIDS e neste período aparentar saudável e se sentir bem em relação a sua saúde; - Ainda não existe cura para AIDS, mas existem medicamentos que controlam a replicação do vírus, permitindo que portadores possam viver com o vírus sem desenvolver a AIDS; - A principal via de transmissão do HIV continua sendo através de relações
--	--

<p>gestação, parto ou amamentação, caso não haja tratamento profilático.</p> <p>NÃO são formas de infecção pelo vírus:</p> <ul style="list-style-type: none">- Picada de inseto;- Beijar, abraçar, dividir piscina ou banheira, vaso sanitário com pessoas portadoras do vírus HIV, tampouco dividir copos ou talheres.	<p>sexuais sem preservativos. Pessoas que não usam essa proteção e que, ainda, tem relações sexuais com múltiplos parceiros tem maior chance de contrair o vírus.</p> <p>Previna-se! Use sempre preservativos em relações sexuais, não compartilhe agulhas e seringas e, caso faça tatuagem, coloque piercing ou faça qualquer procedimento que envolva perfuro cortantes, exija que o material seja descartável ou esterilizado.</p> <p>Em caso de dúvidas procure o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mais próximo. O exame para detecção do HIV é gratuito e sigiloso.</p> <p>Em Lages o CTA está localizado na Praça Leoberto Leal, 20, Centro, Lages/SC, telefone de contato (49)32241000.</p>
---	---

ANEXOS

ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO, ADEQUAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “Conhecimentos sobre HIV/AIDS”



ANEXO 2: HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q) (45 item version)

Carey, M. P., Morrison-Beedy, D., & Johnson, B.T. (1997). The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior*, 1, 61-74.

HIV-KQ-45

For each statement, please circle True (T), False (F), or I Don't Know (DK). If you do not know, please do not guess; instead, please circle "DK."

	True	False	Don't Know
1. HIV and AIDS are the same thing.	T	F	DK
2. There is a cure for AIDS.	T	F	DK
3. A person can get HIV from a toilet seat.	T	F	DK
4. Coughing and sneezing DO NOT spread HIV.	T	F	DK
5. HIV can be spread by mosquitoes.	T	F	DK
6. AIDS is the cause of HIV.	T	F	DK
7. A person can get HIV by sharing a glass of water with someone who has HIV.	T	F	DK
8. HIV is killed by bleach.	T	F	DK
9. It is possible to get HIV when a person gets a tattoo.	T	F	DK
10. A pregnant woman with HIV can give the virus to her unborn baby.	T	F	DK
11. Pulling out the penis before a man climaxes/cums keeps a woman from getting HIV during sex.	T	F	DK
12. A woman can get HIV if she has anal sex with a man.	T	F	DK
13. Showering, or washing one's genitals/private parts, after sex keeps a person from getting HIV.	T	F	DK
14. Eating healthy foods can keep a person from getting HIV.	T	F	DK
15. All pregnant women infected with HIV will have babies born with AIDS.	T	F	DK
16. Using a latex condom or rubber can lower a person's chance of getting HIV.	T	F	DK

	True	False	Don't Know
17. A person with HIV can look and feel healthy.	T	F	DK
18. People who have been infected with HIV quickly show serious signs of being infected.	T	F	DK
19. A person can be infected with HIV for 5 years or more without getting AIDS.	T	F	DK
20. There is a vaccine that can stop adults from getting HIV.	T	F	DK
21. Some drugs have been made for the treatment of AIDS.	T	F	DK
22. Women are always tested for HIV during their pap smears.	T	F	DK
23. A person <u>cannot</u> get HIV by having oral sex, mouth-to-penis, with a man who has HIV.	T	F	DK
24. A person can get HIV even if she or he has sex with another person only one time.	T	F	DK
25. Using a lambskin condom or rubber is the best protection against HIV.	T	F	DK
26. People are likely to get HIV by deep kissing, putting their tongue in their partner's mouth, if their partner has HIV.	T	F	DK
27. A person can get HIV by giving blood.	T	F	DK
28. A woman cannot get HIV if she has sex during her period.	T	F	DK
29. You can usually tell if someone has HIV by looking at them.	T	F	DK
30. There is a female condom that can help decrease a woman's chance of getting HIV.	T	F	DK
31. A natural skin condom works better against HIV than does a latex condom.	T	F	DK
32. A person will NOT get HIV if she or he is taking antibiotics.	T	F	DK
33. Having sex with more than one partner can increase a person's chance of being infected with HIV.	T	F	DK

	True	False	Don't Know
34. Taking a test for HIV one week after having sex will tell a person if she or he has HIV.	T	F	DK
35. A person can get HIV by sitting in a hot tub or a swimming pool with a person who has HIV.	T	F	DK
36. A person can get HIV through contact with saliva, tears, sweat, or urine.	T	F	DK
37. A person can get HIV from a woman's vaginal secretions/wetness from her vagina.	T	F	DK
38. A person can get HIV if having oral sex, mouth on vagina, with a woman.	T	F	DK
39. If a person tests positive for HIV, then the test site will have to tell all of his or her partners.	T	F	DK
40. Using Vaseline or baby oil with condoms lowers the chance of getting HIV.	T	F	DK
41. Washing drug use equipment/"works" with cold water kills HIV.	T	F	DK
42. A woman can get HIV if she has vaginal sex with a man who has HIV.	T	F	DK
43. Athletes who share needles when using steroids can get HIV from the needles.	T	F	DK
44. Douching after sex will keep a woman from getting HIV.	T	F	DK
45. Taking vitamins keeps a person from getting HIV.	T	F	DK

Answer Key HIV KQ 45

1	FALSE
2	FALSE
3	FALSE
4	TRUE
5	FALSE
6	FALSE
7	FALSE
8	TRUE
9	TRUE
10	TRUE
11	FALSE
12	TRUE
13	FALSE
14	FALSE
15	FALSE
16	TRUE
17	TRUE
18	FALSE
19	TRUE
20	FALSE
21	TRUE
22	FALSE
23	FALSE
24	TRUE
25	FALSE
26	FALSE
27	FALSE
28	FALSE
29	FALSE
30	TRUE
31	FALSE
32	FALSE
33	TRUE
34	FALSE
35	FALSE
36	FALSE
37	TRUE
38	TRUE
39	FALSE
40	FALSE
41	FALSE
42	TRUE
43	TRUE
44	FALSE
45	FALSE

ANEXO 3: DECLARAÇÃO DE APOIO PELO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE MESTRADO EM AMBIENTE E SAÚDE

Lages, 10 de agosto de 2015.

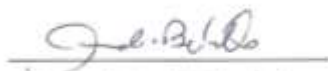
Ao Coordenador do Centro de Aconselhamento e Testagem para o HIV do Município de Lages/SC

Com objetivo de atender às exigências para obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, os representantes legais das instituições envolvidos no projeto intitulado “**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DE UNIVERSITÁRIOS FRENTE AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV**”, elaborado de acordo com os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, solicitam apoio para o atendimento de participantes da pesquisa que desejarem realizar testagem e/ou aconselhamento para o HIV/AIDS.


Destaca-se que a pesquisa será realizada em ambiente virtual, com o objetivo geral de “Estabelecer relação entre conhecimentos, comportamentos e percepções de estudantes universitários acerca do risco de infecção pelo HIV”, tendo como participantes universitários de 18 a 24 anos.

Desde já agradecemos pelo apoio e estamos disponíveis para demais esclarecimentos.

Att.



Mestrando André Carlos Betiatto



Profa. Dra. Juliana C. L. Reckziegel

Contatos:

Profa. Juliana C. L. Reckziegel
julianalessmann@gmail.com – Fone (48)91673838 – (49) 32511143
Mestrando André Carlos Betiatto
go2themas@hotmail.com – Fone (49)84250267


 Centro de Testagem e Aconselhamento
 Universidade do Planalto Catarinense
 Lages/SC - 89012-900
 17/08/2015

ANEXO 4: PARECER DO COMITÊ DE ÈTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS FRENTE AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV.

Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53435416.8.0000.5388

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.426.806

Apresentação do Projeto:

Clara

Objetivo da Pesquisa:

Claro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão contemplando a resolução

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário **CEP:** 86.509-900

UF: SC **Município:** LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.426.606

imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636751.pdf	21/02/2016 17:57:15		Aceito
Outros	folder_com_informacoes_sobre_HIV_apos_responder_ao_estudo.pdf	21/02/2016 17:55:47	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	gabarito_respostas_parte_2_questionario.pdf	21/02/2016 17:53:01	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	autorizacao_traducao_parte2_questionario.pdf	21/02/2016 17:50:50	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	projetoAndre_CEP_centro_testagem.pdf	21/02/2016 17:43:44	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	questionario.pdf	21/02/2016 17:42:40	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoAndre_CEP.pdf	10/02/2016 20:24:24	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_andre.pdf	10/02/2016 20:23:25	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_ciencia_instituicoes.pdf	10/02/2016 20:23:10	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
 Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
 UF: SC Município: LAGES
 Telefone: (49)3251-1086 E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.426.606

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_pesquisador_responsavel.pdf	10/02/2016 20:22:51	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_ANDRE.pdf	10/02/2016 20:17:46	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 26 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)